

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ergoterapie



**Kateřina Moravcová**

**Těhotenství u žen s míšní lézí z pohledu ergoterapeuta**

Pregnancy in woman with spinal cord injury from perspective of occupational  
therapist

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Bc. Iva Hradilová

Konzultant: Bc. Olga Nováková, M. Sc.

Praha, 2024

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Ivě Hradilové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a podněty.

Dále bych chtěla poděkovat ergoterapeutickému týmu pracovníků z Centra Paraple, který mi umožnil absolvovat odbornou praxi na pracovišti a své znalosti si prakticky ověřit. Dále poděkování patří Bc. Olze Novákové M.Sc. za rady a připomínky k formální a metodologické části práce.

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30. 04. 2024

*Kateřina Moravcová*

## **IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM**

MORAVCOVÁ, Kateřina. *Těhotenství u žen s míšni lézí z pohledu ergoterapeuta. [Pregnancy in woman with spinal cord injury from perspective of occupational therapist]*. Praha, 2024. 124 s., 3 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Iva Hradilová.

## **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

Jméno, příjmení: Kateřina Moravcová

Vedoucí práce: Bc. Iva Hradilová

Konzultant práce: Bc. Olga Nováková, M. Sc.

**Název bakalářské práce:** Těhotenství u žen s míšní lézí z pohledu ergoterapeuta

### **Abstrakt bakalářské práce:**

Tato bakalářská práce se věnuje identifikaci oblasti podpory ergoterapeuta a využití ergoterapie v průběhu těhotenství u žen s míšní lézí k dosažení soběstačnosti a ovlivnění kvality života v průběhu tohoto období. Dále se také zabývá definováním oblastí, ve kterých je potřeba zvýšená asistence ve srovnání se stavem před otěhotněním a v jednotlivých trimestrech.

Teoretická část se zaměřuje na oblasti poradenství jako jednu z náplní práce ergoterapeuta, která zahrnuje položky plánování, přípravy, edukace a nácviku v oblastech přípravy na péči o dítě, přípravy do porodnice, přípravy kompenzačních pomůcek, zaměření na kvalitu života a psychiku těhotné ženy s míšní lézí a nácvik ADL.

V praktické části využívá práce dotazník jako metodu sběru dat. Dotazník se zaměřuje na obecné informace o těhotné ženě a především na personální aktivity běžného dne, asistenci a ergoterapeutickou intervenci.

Ukázalo se, že u těhotných žen s míšní lézí s postupem těhotenství klesá soběstačnost v ADL, která je nejnižší ve třetím trimestru. Nejvíce u přesunů, mobility a aktivitách vyžadujících předklon. To s sebou přináší potřebu asistence, kterou se nejčastěji stává blízká osoba ženy. Typ asistence je různý. Nejčastěji ho ženy využívají v prvním a ve třetím trimestru. Ženy musí v průběhu trimestrů přejít na jiný způsob vyprazdňování moči, především v prvním a třetím trimestru. Jiný způsob vyprazdňování stolice využívají nezávisle na trimestrech.

Hlavní myšlenkou k určení cílů práce je podpořit ženu z ergoterapeutického hlediska, s co nejvyšší efektivitou a konkrétním cílením do jednotlivých trimestrů, které by intervencí zkvalitnilo, lépe zacílilo, a především vyhovělo potřebám těhotné ženy s míšní lézí. Je potřeba, aby měla žena v průběhu těhotenství, co nejvíce vyhovující a podpůrnou péči, která jí zajistí bezproblémovou přípravu na příchod miminka.

**Klíčová slova:** těhotenství, míšní léze, soběstačnost, trimestry, ergoterapie

**Title:** Pregnancy in woman with spinal cord injury from perspective of occupational therapist

**Abstract:**

This bachelor thesis is dedicated to identifying the area of occupational therapist support and the use of occupational therapy during pregnancy in women with spinal cord injury to achieve self-sufficiency and influence quality of life during this period. It also looks at defining areas where increased assistance is needed compared to the pre-pregnancy and trimester conditions.

The theoretical part focuses on the areas of counselling as one of the occupational therapist's job responsibilities, which includes items of planning, preparation, education and training in the areas of preparation for childcare, preparation for the delivery room, preparation of compensatory aids, focus on quality of life and psyche of the pregnant woman with spinal cord injury and ADL training.

In the practical part, the thesis uses a questionnaire as a method of data collection. The questionnaire focuses on general information about the pregnant woman, and mainly on personal activities of daily life, assistance and occupational therapy intervention.

It showed that in pregnant women with spinal cord lesions, self-sufficiency in ADL decreases as pregnancy progresses, being lowest in the third trimester. This is highest for transfers, mobility and activities requiring bending. This brings with it the need for assistance, which most often becomes a person close to the woman. The type of assistance varies. It is most commonly used by women in the first and third trimesters. Women have to switch to a different method of voiding urine during the trimesters, especially in the first and third trimesters. They use a different method of defecation independently of the trimesters.

The main idea to determine the objectives of the work is to support the woman from an occupational therapy point of view, with the highest possible efficiency and specific targeting to each trimester, which would improve the quality of the intervention, better targeting, and above all meet the needs of the pregnant woman with spinal cord lesion. It is necessary for the woman to have the most appropriate and supportive care during pregnancy to ensure a smooth preparation for the baby's arrival.

**Key words:** pregnancy, spinal cord injury, self-sufficiency, trimesters, occupational therapy



# OBSAH

<b>1</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>3</b>
1.1	Mícha a její poranění .....	3
1.1.1	Epidemiologie poranění míchy .....	3
1.1.2	Míšní léze.....	3
1.1.3	Neurologická výška léze a funkční schopnosti.....	4
1.1.4	Projevy a komplikace míšního poranění.....	6
1.2	Těhotenství u míšní léze .....	9
1.2.1	Zdravotnická péče o těhotnou ženu s míšní lézí .....	10
1.2.2	Medikace .....	11
1.2.3	Specifika komplikací u těhotných žen s míšní lézí.....	12
1.3	Ergoterapie v průběhu těhotenství .....	17
1.3.1	Poradenství v průběhu těhotenství .....	18
1.3.1.1	Plánování těhotenství .....	19
1.3.1.2	Poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek .....	19
1.3.1.3	Monitorace zdraví miminka v průběhu těhotenství.....	21
1.3.1.4	Postura sedu .....	21
1.3.1.5	Příprava na pobyt v porodnici .....	22
1.3.1.6	Kvalita života ženy v období těhotenství jako součást poradenství ergoterapeuta .....	24
1.3.2	Nácvik aktivit v rámci ergoterapie .....	28
1.3.3	Ergoterapie v průběhu jednotlivých trimestrů.....	34
<b>2</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>36</b>
2.1	Cíl práce .....	36
2.2	Metoda sběru dat.....	37
2.3	Zpracování dotazníku .....	37
2.4	Kritéria výběru .....	41
2.5	Místo sběru dat .....	41
2.6	Postup zpracování práce.....	42
2.7	Předpoklady .....	44
2.8	Výsledky .....	45
2.8.1	Výsledky předpokladů .....	46



<b>3</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>88</b>
<b>4</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>94</b>
<b>5</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>96</b>
<b>6</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ .....</b>	<b>102</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ .....</b>	<b>103</b>
<b>8</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK .....</b>	<b>105</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>106</b>

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

ADL – všední denní činnosti

C – krční páteř

Th – hrudní páteř

L – bederní páteř

AD – autonomní dysreflexie

P – předpoklad

o.č. – otázka číslo

tab. – tabulka

kap. – kapitola

## ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu zájmu o problematiku poranění míchy, která je pro mě velmi zajímavou oblastí, a které jsem chtěla více porozumět. Při studiu jsme měli několik přednášek zabývajících se míšními lézím a bylo pro mě vždy velmi obdivuhodné, jakým způsobem lidské tělo funguje i přes velký zásah do nervové dráhy, která narušuje nejen hybnost, ale také například vyprazdňování a další orgánové funkce.

Těhotné ženy s míšními lézím jsou velmi specifickou skupinou populace. Je velmi málo známé a zmiňované, že ženy po poranění míchy mohou otěhotnět a starat se o dítě. Často tento fakt lidi překvapí a tyto ženy mohou být společností ve velké míře stigmatizované. Z toho důvodu je potřeba dávat více do povědomí, že ženy s fyzickým hendicepem mohou vést kvalitní život, věnovat se aktivitám, starat se o sebe a o ostatní, a především mít děti.

O těhotenství u míšních lézím je velmi omezená literatura, tudíž jsou použity i některé starší zdroje. Omezené zdroje s sebou přinesly i některé velmi aktuální reference, které přináší nové poznatky o této problematice. Velmi často se jedná o zahraniční zdroje.

V práci jsou shrnuté oblasti ergoterapeutické intervence. Práce a celkové zpracování a strukturalizace vychází z nastudované literatury a vlastních postřehů a poznatků sesbíraných na praxi v Centru Paraple nebo na Spinální jednotce ve FN v Motole. V práci jsou krátce shrnuty komplikace míšních lézím, statistické údaje, zdravotnická péče a optimální postup spolupráce s těhotnou ženou s míšními lézím. Krátce je shrnuta potřeba úpravy medikace a specifika komplikací těhotné ženy s míšními lézím. Velkou část věnuje práce ergoterapii a oblastem podpory.

Práce je strukturovaná v širším kontextu, aby bylo možné se na míšních lézím a těhotenství dívat v souvislostech, které je potřeba znát pro propojení všech oblastí ergoterapeutické intervence, které tak na sebe navazují a propojují se.

V práci je využit ke sběru dat dotazník. Jedná se o pilotáž výzkumu, ve kterém se bude v budoucnu pokračovat. Výsledky z něho jsou uvedeny v praktické části. Z důvodu rozsáhlého obsahu dotazníku jsou některé grafy přiloženy do příloh.

Pevně věřím, že bude práce přínosná a získané informace pomůžou při plánování ergoterapeutické intervence. Doufám, že se téma těhotenství dostane více do povědomí nejen

zdravotnickému personálu, ale i široké veřejnosti. Dále, že bude těhotenství žen s míšními lézím, s co největší podporou ergoterapeuta a ženy budou o tomto období informované a čekání na potomka bude příjemným obdobím s co nejmenším dopadem na psychickou stránku ženy.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Mícha a její poranění

### 1.1.1 Epidemiologie poranění míchy

Dle statistických údajů České společnosti pro míšní lézi z roku 2022 bylo na spinálních jednotkách hospitalizováno celkem 278 pacientů s poškozením míchy. Z toho se ve 189 případech jednalo o mužské pohlaví, v 89 případech o ženské pohlaví. Nejčastěji byla postižena oblast krční páteře. Mezi nejčastější příčiny patřila traumatická poranění, mezi které se řadí pády, autonehody, sportovní úrazy a úrazy ve vodě. Traumatických poranění bylo celkem 141 případů (Česká společnost pro míšní lézi, 2022). Šámal uvádí až 40 % případů míšní léze v krční oblasti u traumatického poranění (Šámal, 2017).

Druhou skupinu zahrnuje netraumatická příčina. Do té spadá cévní onemocnění, degenerace míchy, záněty nebo tumory. V roce 2022 tak bylo celkem postiženo 137 pacientů. Průměrný věk pacientů patrně kolísá, od roku 2015 však nepoklesl pod 50 let (Česká společnost pro míšní lézi, 2020, 2021, 2022).

Světová zdravotnická organizace uvádí, že za rok utrpí poraněním míchy mezi 250 000 – 500 000 lidí. Z toho se v 18 % jedná o ženy v reprodukčním věku s potenciálem stát se matkou. Odhaduje se, že otěhotní až 14 % žen s míšní lézí po poranění. Objevují se i případy poranění míchy během těhotenství (Robertson a Ashworth, 2022).

Poranění míchy je jednou z nejčastějších příčin invalidity mladých lidí s velkým dopadem do života. Proto se pacienti stávají globální zdravotní prioritou nejen z hlediska velké úmrtnosti, ale také z důvodu zátěže na zdravotní systém. Tito lidé přestávají být produktivními a vyžadují také větší finanční náklady (Barbiellini Amidei, 2022). Kromě postižení fyzické stránky člověka, zasahuje poranění míchy i sociálně, finančně a psychologicky do života (Arsh et al., 2019). Poranění míchy může mít devastující dopad na kvalitu života (Haddad et al., 2021).

### 1.1.2 Míšní léze

Poranění míchy jsou klasifikována podle Americké asociace pro poškození míchy (ASIA) s ohledem na motorické a senzitivní funkce (Nas, 2015). K určení rozsahu míšní léze se využívá vyšetření AIS (=ASIA Impairment Scale). Celkem se rozlišuje pět stupňů označených A-E.

Míšní lézi lze rozdělit na kompletní (rovná se úrovni AIS A) a nekompletní (ostatní stupně, podmínkou je jakákoli motorická nebo senzitivní funkce v segmentu S4-S5) (Kříž, 2019).

### 1.1.3 Neurologická výška léze a funkční schopnosti

Každá úroveň míšní léze má charakteristický obraz rozsahu postižení a přidružených komplikací. Podle daného obrazu lze očekávat podobné funkční výsledky a schopnosti s potřebnou mírou asistence.

#### **Dělení podle neurologické léze:**

**Pentaplegie** – označení pro poškození nad míšním segmentem C4. Hlavním projevem je porucha inervace horních i dolních končetin. Pohyb je omezen na flexi, extenzi a rotaci krční páteře. Pro tuto úroveň je významné porušení inervace bránice. Je z toho důvodu nutná plicní ventilace (Kříž, 2019; The journal of spinal cord medicine, 1999).

Tito pacienti potřebují největší míru asistence. Ta dosahuje na 24 hodin denně. Pacient je ve většině činností plně závislý. S využitím kompenzačních pomůcek zvládne komunikaci, odlehčovací techniky a jízdu na elektrickém vozíku (Fakultní nemocnice v Motole, 2017).

**Tetraplegie** – k poškození dochází v úseku C5 – Th2. Projevem je různé narušení hybnosti a citlivosti na horních končetinách dle míšního segmentu a k úplnému přerušení inervace v oblasti trupu a na dolních končetinách (Růžička, 2019; Kříž, 2019). Tetraplegie se dělí dále na **nízkou (C6-C8, Th1)**, která je charakterizovaná částečnou hybností končetin. Pacient zvládne zvednout horní končetinu do úrovně ramen. Zachovalé jsou flexory lokte a radiální extenzory zápěstí. **Vysoká tetraplegie (od C4, C5 a výše)** vzniká při poškození krčního segmentu a dochází ke ztrátě citlivosti horních končetin a je úplně narušena hybnost těla a dolních končetin (Česká asociace paraplegiků, nedatováno).

Pacienti s úrovní míšní léze C4 (vysoká tetraplegie) jsou schopni základních pohybů krční páteře, elevace lopatky a nádechu. Jsou soběstační s využitím kompenzačních pomůcek v oblastech komunikace, jízdy na elektrickém vozíku, odlehčovacích technik a dýchání (Fakultní nemocnice v Motole, 2017). Pacienti nejsou schopni samostatně odkašlat (Kříž, 2019). Mohou využívat ortopedické pomůcky na předloktí pro normální polohu ruky

a zápěstí a pro prevenci deformit a kontraktur. Do úrovně C4 je potřeba vybavit vozík vysokou zářadovou opěrkou a bezpečnostním pásem pro stabilizaci těla (Nas, 2015).

Pacienti s úrovní míšní léze C5 (vysoká tetraplegie) zvládnou samostatně s využitím kompenzačních pomůcek nebo specializovaného zařízení aktivity v oblastech komunikace, dopravy, jízdy na elektrickém vozíku, sebesycení, odlehčování a dýchání. S částečnou dopomocí zvládnou mobilitu v lůžku, oblékání horní poloviny těla, péči o vzhled a jízdu v mechanickém vozíku (Fakultní nemocnice v Motole, 2017). Od úrovně C5 a níže zvládají expektoraci samostatně (Kříž, 2019). Nas (2015) uvádí nutnost asistence ve většině aktivit běžného dne.

Pacienti s úrovní míšní léze v oblasti C6 (nízká tetraplegie) zvládnou pohyby v rámci horní končetiny do horizontální addukce, supinace předloktí a radiální extenze zápěstí (Fakultní nemocnice v Motole, 2017). Pacienti jsou většinou nezávislí v oblastech sebesycení, péče a hygieny. Přesuny zvládne pacient s využitím skluzné desky. Pro delší vzdálenosti je potřeba elektrický vozík (Nas, 2015).

**Paraplegie** – poškození míchy v oblasti hrudních, bederních či křížových segmentů. Následkem toho je narušena inervace trupového svalstva a svalstva dolních končetin. Hybnost horních končetin je zachována (Kříž, 2019). Paraplegii lze rozdělit dále na nízkou a vysokou. **Nízká paraplegie** (Th10-L) zahrnuje úplnou či částečnou ztrátu hybnosti dolních končetin se zachovalou citlivostí od oblasti břicha a v některých případech i s částečnou citlivostí na dolních končetinách. **Vysoká paraplegie** (Th1-Th6) zahrnuje ztrátu hybnosti dolních končetin a částečnou ztrátu hybnosti těla (Česká asociace paraplegiků, nedatováno).

Pacienti s postižením páteře v oblasti Th10-S5 jsou samostatní ve většině činností běžného dne s využitím kompenzačních pomůcek nebo s úpravou prostředí (Fakultní nemocnice v Motole, 2017). Při poranění v úrovni Th11-12 jsou pacienti soběstační při péči o střeva, močový měchýř a manipulaci s mechanickým vozíkem. V domácím prostředí je možná chůze s ortézami dolních končetin. V úrovni L1-L2 jsou zcela soběstační v aktivitách běžného dne. Mohou chodit s dlouhými chodícími přístroji na krátké vzdálenosti. Na dlouhé vzdálenosti potřebují mechanický vozík. V úrovni L3-L4 je možné využít k chůzi francouzské berle. Od úrovně L5 jsou pacienti nezávislí ve všech aktivitách (Nas, 2015).

**Nekompletní míšňí léze** – jedná se o částečnou poruchu ve všech nebo pouze některých končetinách. Poruchy lze označit jako tetraparéza nebo paraparéza (Kříž, 2019). Pacienti s nekompletní míšňí lézí mají ve srovnání s kompletní míšňí lézí lepší funkční výsledky ve vztahu k progresi v průběhu rehabilitace (Haddad et al., 2021).

#### **1.1.4 Projevy a komplikace míšňího poranění**

Kromě poruchy hybnosti a ztráty citlivosti pod úrovní léze se pacient může setkat s řadou dalších komplikací. Vybrané komplikace jsou detailněji popsány níže. Kromě nich se mohou vyskytovat také potíže na úrovni buněčné (poruchy imunitního systému, poruchy metabolismu vody a elektrolytů). Dále pak osteoporóza, tromboembolická nemoc, bradykardie, ortostatická hypotenze nebo porucha termoregulace (Kříž, 2019).

#### **Autonomní dysreflexie**

Jedná se o stav charakterizovaný náhlou nekontrolovanou hyperaktivitou sympatického systému, doprovázenou vzestupem krevního tlaku (Hagen et al., 2012). Změna krevního tlaku je o 20 mmHg a více oproti základní hodnotě a může celkově narůst až do výše 200 mmHg (Kříž, 2019). Mezi hlavní symptomy patří malátnost, nevolnost, pocení hlavy, rozmazané vidění, silné bolesti hlavy a bradykardie (Karlsson, 1999). Postihuje pacienty s úrovní míšňí léze Th6 a výše (Šámal, 2014). Má rychlý nástup a hlavní spouštěcí příčinou je podnět vznikající pod úrovní léze (Karlsson, 1999).

#### **Respirační systém a jeho komplikace**

Na funkci plic má vliv narušená inervace inspiračních a expiračních svalových skupin. Rozsah respiračních komplikací závisí na úrovni míšňí léze a stupni motorického postižení (Tollefsen a Fondenes, 2012).

Spinální pacienti jsou ohroženi ve vysoké míře respiračními onemocněními. Setkávají se také s bronchospasmy, hypersekrecí bronchů, atelektázou nebo bronchopneumonií. Nejčastěji trpí respiračními obtížemi kvadruplegičtí pacienti (Kříž, 2019).



## **Gastrointestinální trakt a jeho komplikace**

S komplikacemi, které se týkají gastrointestinální soustavy, se pojí obtíže samotných orgánů, ale také neschopnost tyto obtíže vnímat a identifikovat je (Kříž, 2019). Mezi další problematiku patří prodloužený čas pasáže stolice nebo nekoordinovaná evakuace (Kříž a Hyšperská, 2009).

Kromě dysfágie, gastroezofageálního refluxu a vředové choroby gastroduodena se nejčastěji pacienti s míšní lézí potýkají v postakutní fázi s neurogenní dysfunkcí střeva, která zásadním způsobem zasahuje do kvality života. Hlavním projevem je obtížná defekace (Kříž, 2019).

## **Močové ústrojí a jeho komplikace**

Jedním z projevů po poškození míchy je neurogenní dysfunkce dolních močových cest. Přispívá ke vzniku urolitiázy, inkontinence nebo uroinfekce, která je častou příčinou hospitalizace pacienta. Do života zasahují komplikace nejen zdravotně, ale také sociálně a ovlivňují vykonávání pracovních a volnočasových aktivit (Kříž, 2019).

## **Spasticita**

Není přesně stanovená definice spasticity. Dle Koláře se jedná o zvýšený svalový tonus s přítomnou hyperreflexií a klonem (Kolář, 2020). Robertson a Ashworth (2022) uvádějí spasticitu jako symptom poruchy horního motoneuronu, který vzniká v důsledku zachovaných reflexů míchy pod úrovní zranění.

Výskyt spasticity je ovlivněn dobou po úraze a také výškou a závažností úrazu. Více se se spasticitou setkávají tetraplegičtí pacienti s nekompletní míšní lézí (Lin a Chay, 2018).

## **Dekubity**

*„Jedná se o lokalizované poškození kůže nebo podkoží nad kostní prominencí, která vzniká po nepřetržitém tlaku nebo tlaku v kombinaci se stříhem,“* Kříž (2019).

Nejrizikovějšími místy pro vznik dekubitu patří sedací hrbol, sakrum, trochanter, pata, lopatka, rameno, loket, záhlaví a ucho (Kříž, 2019).

Mezi několik dalších vedlejších existujících faktorů, které se podílí na vytvoření proleženiny patří stáří, inkontinence moči a stolice, nižší aktivita a celkově snížená mobilita, výživa, přidružené komorbidity nebo psychiatrická onemocnění (Kříž, 2019).

### **Sexuální dysfunkce u žen**

Sexuální dysfunkce se objevuje více ve spojitosti s mužskou populací. Na rozdíl od mužů není u žen schopnost pohlavního styku porušena (Kříž, 2019). Není narušena ani schopnost otěhotnět (Le Liepvre et al., 2017).

## 1.2 Těhotenství u míšní léze

*„Těhotenství je období plné nových očekávání, zážitků a proměn. Přestože má každá žena právo stát se matkou, mluvit o mateřství žen se zdravotním hendikepem je stále jedno z mnoha existujících tabu,“* Hladíková (2021).

Těhotenství samo o sobě představuje vysoké nároky i pro matku bez hendikepu po stránce fyzické i psychické, a to zejména ve třetím trimestru. V průběhu celého těhotenství doprovází ženu řada příznaků, které se mohou lišit. Každá žena může těhotenství prožívat naprosto odlišně (Pařízek, 2015).

Těhotenství u žen s míšní lézí je nutné považovat za rizikové, vzhledem k anamnéze matky. Lze tak očekávat zvýšené riziko pro život a zdraví matky a dítěte (Kurze et al., 2018). Přesto touha po mateřství po poranění míchy nemizí. Je potřeba vnímat zvláštní potřeby v oblasti zdravotnické péče, úpravě pomůcek nebo poradenství (Bertschy et al., 2015).

Těhotenství u žen s poraněním míchy je vysoce rizikový stav, protože zhoršuje již mnoho existujících problémů včetně autonomní dysreflexie, křečí, dekubitů, infekcí močových cest a respiračních komplikací. V porodní oblasti se vyskytuje velmi zřídka, což je jeden z důvodů nízké informovanosti zdravotnického personálu. Ženy jsou častěji zkušenější ve své vlastní péči než jejich porodnický tým (Robertson a Ashworth, 2022). Je však pozitivní, že počet žen, které se rozhodnou otěhotnět je více a pomáhá to tuto oblast destigmatizovat. Tyto ženy se mohou setkávat s názory, že jsou nevhodné stát se matkou, či že jsou asexuální (Iezzoni et al., 2015).

V kombinaci s míšní lézí se musí brát ohled na ovlivnění komplikací míšního poranění a na potencionální zhoršení dysfunkcí orgánových soustav (Castro et al., 2014). Robertson a Ashworth (2022) uvádějí psychické problémy včetně depresí, sebevražd a zneužívání látek jako častější jev u těhotných žen s míšní lézí.

Ženy, u kterých dojde k poranění míchy v mladém reprodukčně schopném věku, otěhotní 5 až 15 let po události. Častěji se stávají matkami ženy s paraplegií s míšní lézí v úrovni hrudní páteře nebo ženy s neúplnou krční lézí (Kurze et al., 2018).

Chidini a Simonson (2011) udávají, že 14 % žen s míšní lézí alespoň jednou otěhotní po úrazu. Přičemž míšní léze nemá žádný vliv na výsledek těhotenství (Chidini a Simonson, 2011). Jako vlivný faktor se ukazuje sociální stránka ženy. Důležitou roli hraje rodinný stav, vzdělání

a zaměstnání. Tyto ženy častěji žijí v pevném partnerském vztahu, mají vyšší příjmy, jsou vzdělané a pracují (Kurze et al., 2018).

### **1.2.1 Zdravotnická péče o těhotnou ženu s míšní lézí**

Je potřeba provést postupnou a vícedimenzionální reorganizaci systému péče o matky s omezenou pohyblivostí. Je nezbytné sledovat a hlásit klinické případy, aby se rozšířilo povědomí o péči o těhotné ženy s postižením páteře (Iezzoni et al., 2015). Studie ukazují, že nejsou zavedené specializované služby pro těhotné ženy s poraněním míchy. Často dochází k velkým nejistotám při poskytování péče. (Kurze et al., 2018).

Obecně je třeba vést k těhotným ženám na vozíku individuální přístup (Wasiak et al., 2023). Komplexní a interdisciplinární přístup k léčbě, rehabilitaci a péči o těhotné ženy s postižením páteře usnadňuje bezproblémový průběh těhotenství i porod a poskytuje pacientce podporu při péči o novorozence (Iezzoni et al., 2015). Péče by měla zahrnovat intervenci neurologa, všeobecné sestry, fyzioterapeuta, anesteziologa, ergoterapeuta a psychiatra. Především fyzioterapeuti, ergoterapeuti a psychiatři jsou potřební k udržení funkčních potřeb během těhotenství (Hollenbach et al., 2020). Užitečná je podpora ergoterapeuta k řešení problému s oblékáním, krmením a držení dítěte, kteří mohou poskytnout užitečné strategie, aby byla péče vyhovující (Wasiak et al., 2023).

Ženy s poraněním míchy by měly být vedené k účasti na prekoncepčním poradenství (Robertson a Ashworth, 2022). Z důvodů komplikací a rizika pro matku a plod je optimální početí plánovat. Genetické poradenství může pomoci pacientce identifikovat potencionální rizika (Hollenbach et al., 2020). Poradenství před plánovaným těhotenstvím představuje významný příspěvek k identifikaci lékařských a sociálních faktorů (Kurze et al., 2018). Důležitá je pozornost ke každému detailu. V průběhu těhotenství je důležité zvážit konzultaci ohledně urogenitálních funkcí, které jsou během těhotenství výrazně ovlivněné v důsledku chronické močové dysfunkce (Hollenbach et al., 2020).

Měla by být diskutována rizika i přínosy těhotenství. Před početím by mělo být cílem optimalizování zdraví matky. Plánované těhotenství se doporučuje po dokončení fyzické, psychologické a emoční rehabilitace (Robertson, Ashworth, 2022).

Vnímání pohybů plodu a děložních kontrakcí je u žen s míšní lézí nad Th10 narušena (Robertson, Ashworth, 2022). Předporodní edukace by měla zahrnovat diskuzi o předčasném

porodu, aby byla žena schopna provádět samopohmatové manévry, aby zjistila, zda dochází ke kontrakcím (Hollenbach et al., 2020).

Obecně lze shrnout potřebu konzultace u těchto témat: vzniklá disabilita způsobená míšním poraněním, vliv těhotenství na míšní poranění, vliv míšního poranění na těhotenství, optimalizace zdraví matky, shrnutí účinků medikace užívané při poranění míchy, načasování těhotenství vzhledem k míšnímu poranění, péče během těhotenství a poporodní péče (Robertson a Ashworth, 2022).

Je nezbytná časná a otevřená komunikace mezi klíčovými poskytovateli porodní péče. Zahájení a udržení správné komunikace po celé období těhotenství i poporodní doby vytváří důvěryhodný a respektující vztah (Camune, 2013).

S účinným zvládnutím organizačních potřeb, vyplývajících z fyzických omezení ženy, je úzce spojena emocionální příprava na těhotenství. Ženy by si měly být vědomy, že budou muset znovu objevit a přijmout své postižení v souvislosti s péčí o dítě (Kurze et al., 2018). Brzká edukace přináší povědomí o psychosociální adaptaci na těhotenství a fyziologických změn spojených s graviditou. V rámci této intervence může být užitečné spojení s jinou ženou, která má s těhotenstvím zkušenost (Camune, 2013).

V případě hospitalizace je potřeba mít k dispozici odpovídající vybavení pro usnadnění přesunu (Robertson a Ashworth, 2022). Prenatální péče vyžaduje časté monitorování a dodatečné návštěvy k posouzení všech fyziologických funkcí, které mohou způsobit komplikace (Camune, 2013). Vzhledem k rizikovosti je nutné provádět dodatečná vyšetření a zkrátit intervaly mezi nimi (Kurze et al., 2018).

Pomoc a rady ohledně péče o novorozence jsou důležité stejně jako pravidelné konzultace s porodní asistentkou (Robertson, Ashworth, 2022).

## **1.2.2 Medikace**

Mnoho léků proti bolesti, na spasticitu, k regulaci krevního tlaku, k profylaxi močové infekce a depresi není vhodné během těhotenství dále užívat a měly by být nahrazeny před počtím. Důkladná kontrola současných léků může výrazně snížit riziko výskytu vrozených vad (Robertson a Ashworth, 2022).

Je doporučováno přidávat vitamín D do jídelníčku k podpoře integrity kůže, kosti a k prevenci preeklampsie (Camune, 2013). Jsou doporučovány i další vitamíny a doplňky kyseliny listové pro výživu a prevenci vývojových vad nervové trubice plodu (Hollenbach et al., 2020). Ženy s poraněním míchy se často setkávají s anémií. Je doporučováno užívání železa už před těhotenstvím a pokračovat i v jeho průběhu (Camune, 2013).

### **1.2.3 Specifika komplikací u těhotných žen s míšní lézí**

Téměř jedna čtvrtina až třetina těhotných žen s míšní lézí se setká s rizikovými faktory (Hladíková, 2021). Ze zdravotních komplikací jsou nejvíce ženy vystaveny zvýšenému riziku předčasného porodu z důvodu nižší vnímavosti dělohy ke kontrakcím (Hollenbach et al., 2020).

Předporodní komplikace s nutností hospitalizace se vyskytují u každé druhé těhotné ženy s paraplegií a jsou pětkrát častější než u žen bez paraplegie. Nejčastějšími důvody jsou pyelonefritida, vysoký krevní tlak, pneumonie, preeklampsie, tachykardie a předčasné kontrakce (Kurze et al., 2018).

Studie autorů Iezzoni a spol. (2015) se zabývá problematikou žen s fyzickou disabilitou obecně. U těchto žen se často vyskytují komplikace s močovým ústrojím, dušnost, zvýšená křečovitost nebo obtíže s řízením stolice.

Faktory potencionálně ohrožující zdraví matky a dítěte při postižení páteře během těhotenství nejsou podmínkou vznik komplikací v klinickém stavu ani pro zdraví dítěte (Iezzoni et al., 2015).

### **Autonomní dysreflexie (AD)**

Jedná se o život ohrožující stav pro matku i pro plod. Nejčastěji se vyskytuje u žen s míšní lézí Th6-Th8 (Chidini a Simonson, 2011). Z důvodu porušené citlivosti nevnímají ženy bolest a podněty jako kontrakce, císařský řez, vaginální vyšetření či manipulaci před a během porodu. Zmíněné impulzy mohou autonomní dysreflexii vyvolat (Kurze et al., 2018). Zvláště důležitý je také odpovídající odtok moči jako prevence vzniku AD (Wasiak et al., 2023).

Pokud žena trpěla AD před otěhotněním je pravděpodobné, že bude během těhotenství k jejímu vzniku náchylnější (Chidini a Simonson, 2011). Je proto doporučováno родit pod

dohledem odborníka a mít přístup k jednotce intenzivní péče s možností použití efektivní lokální anestezie během porodu (Robertson a Ashworth, 2022).

## **Preeklampsie**

Jedná se o soubor symptomů, které se typicky mohou vyskytovat u těhotných žen i bez ohledu na fyzickou disabilitu (Kurze et al., 2018). Dochází ke vzniku hypertenze doprovázenou proteinurií a edémy, které se mohou objevit po 20. týdnu těhotenství. Incidence preeklampsie je v evropských zemích mezi 4 až 8 % (Hájek, 2004).

Je důležité odlišit u těhotných žen preeklampsii od AD. Preeklampsie vzniká na rozdíl od AD bez ohledu na výšku léze. Diagnostikovat preeklampsii lze laboratorně i klinicky. Mezi klinické projevy patří postupný nárůst krevního tlaku, edém, bolest hlavy, bolest břicha, zvýšené reflexy a mžitky před očima. Symptomy jsou obdobné jako u autonomní dysrelexie. Při preeklampsii však nedochází k změně srdeční frekvence, která je v normě (Kurze et al., 2018).

Důležité je při diagnostice rozlišit časové rozmezí mezi nárůstem krevního tlaku a dráždivým podnětem. Funkce jater a ledvin je typicky narušena při preeklampsii (Wendel et al., 2021).

## **Problematika močového ústrojí**

Během těhotenství se zvyšuje výskyt močové infekce (Chidini a Simonson, 2011). Camune (2013) uvádí 59 % žen, které se setkaly s močovými komplikacemi během těhotenství.

Jednou z příčin jsou hormonální změny, které ovlivňují stázu moči (Chidini a Simonson, 2011). Časté jsou asymptomatické bakteriurie, které zvyšují riziko vzniku pyelonefritidy a ledvinových kamenů (Hollenbach et al., 2020).

Zvýšené riziko vzniku ledvinových kamenů během těhotenství u žen s míšními lézemi je z důvodu neúplného vyprazdňování močového měchýře. Infekce močového traktu a pyelonefritida jsou nejčastějším důvodem hospitalizace těhotných žen s míšními lézemi (Robertson a Ashworth, 2022). Důležité je uroinfekci včas diagnostikovat. Je potřeba pravidelně každé 2-3 měsíce odeslat moč na mikrobiologický rozbor pro podání vhodných antibiotik (Hladíková, 2021).

V některých případech je nutné na močové infekce nasadit léčbu antibiotiky. Těhotenství může snížit mobilitu a tím vytvářet větší tlak na močový měchýř nebo zvyšovat riziko inkontinence. Některé ženy přecházejí na intermitentní nebo vnitřně zavedený katétr pro výpomoc s udržení kontinence po část nebo po celé těhotenství. Vhodná hygiena katétru a monitorování symptomů je důležité k včasnému zachycení infekce (Goodings, 2023).

## **Střevní problematika**

Během těhotenství může dojít ke zhoršení průchodnosti střev a ke vzniku zácpy, která může vyvolat AD. Péče o střeva by měla zahrnovat zvýšený příjem vlákniny, časování střevních pohybů, využívat gastrokolický reflex a digitální evakuace stolice (Robertson a Ashworth, 2022).

Celkově se během těhotenství vyskytuje zvýšená tendence k obstipaci. Růst plodu a jeho tlak na střeva může prodloužit průchodnost střev a ovlivnit tak jejich motilitu (Kurze et al., 2018).

Normální fungování střev žen s poraněním míchy může zajistit větší pohodlí a prostor pro rostoucí plod (Camune, 2013).

## **Dekubity**

Snížená pohyblivost, přibývání na váze a nutriční deficit přispívají ke vzniku dekubitů během těhotenství (Chidini a Simonson, 2011). Hollenbach a spol. (2020) uvádí, že jsou ženy s míšními lézemi nejvíce vystaveny riziku vzniku dekubitu pod tlakem.

Riziková je delší jízda autem bez příslušných odlehčovacích kompenzačních pomůcek (Hladíková, 2021). Nedoporučuje se používat oblečení s knoflíky, zipy nebo švy, které mohou vyvíjet tlak na kůži (Camune, 2013).

Léčba dekubitů může být v těhotenství obtížnější. Je proto důležitá prevence v podobě odlehčování a pravidelné kontroly kůže. V úvahu připadá také dodatečná pomoc druhé osoby, rozšíření mechanického vozíku, přizpůsobení sedáku a matrace či přechod na antidekubitní varianty obou komponent (Kurze et al., 2018).



Doporučuje se hlídat hydrataci a zvýšený příjem bílkovin (Camune, 2013). V úvahu připadá také diskuze o sterilní katetrizaci močového měchýře. Důležitá je také kontrola hmotnosti, která vysokým nárůstem zvyšuje riziko (Hollenbach et al., 2020). Při dodržování těchto opatření hrají problémy s kůží v těhotenství pouze vedlejší roli (Kurze et al., 2018).

## **Hmotnost**

Zvýšení hmotnosti, otoky tkání a zvyšující se imobilita během těhotenství mohou být predispozicí pro vznik dekubitů. V domácím prostředí mají ženy často zavedený preventivní režim. Během pobytu v nemocnici by měla být prováděna pečlivá péče o kůži, používání antidekubitních matrací a změny polohy každé dvě hodiny (Robertson a Ashworth, 2022).

S narůstající hmotností se zvyšuje i riziko pádu. Kontrola přírůstku hmotnosti probíhá obvykle na preventivních prohlídkách. Měla by probíhat každé čtyři týdny. V posledních dvou měsících těhotenství pak každé dva týdny. Na narůstající hmotnosti se může mimo jiné podílet i zvýšená tendence k otokům (Kurze et al., 2018).

## **Trombóza**

Během těhotenství rozšiřuje vyšší hladina progesteronu žíly. V kombinaci s vyšší hladinou estrogenu se zvyšuje riziko žilní trombózy (Hollenbach et al., 2020). Změny tlakových poměrů v břišní dutině a zpomalený krevní oběh v pánevní oblasti a v oblasti nohou také zvyšují riziko vzniku trombózy (Kurze et al., 2018). 8 % žen s poraněním míchy se během těhotenství setká s trombózou. V běžném těhotenství postihuje 0,1 % žen. S jejím vznikem souvisí také zvýšená imobilita, preeklampsie a porod císařským řezem (Chidini, Simonson, 2011).

## **Respirační problémy**

Dýchání se ztěžuje s postupem těhotenství (Robertson a Ashworth, 2022). Vlivem růstu plodu a navýšením hmotnosti se vytváří tlak na bránici a je potřeba zvýšené spotřeby kyslíku (Camune, 2013).

Postupným zvětšováním dělohy se snižuje ventilace plic. Tím roste riziko respirační insuficience. S vyšší úrovní postižení se zvyšuje oslabená schopnost kašle v důsledku neaktivních dýchacích svalů, která může přejít k plicním infekcím (Kurze et al., 2018).

V případech začínajících respiračních obtíží se doporučuje respirační fyzioterapie, která je nutná individuálně přizpůsobit ženě. Využit lze také přístroje nebo mechanické zařízení na ulehčení kašle (Kurze et al., 2018). V posledních týdnech těhotenství může být potřeba denního plicního hygienického cvičení, které může pomoci k udržení okysličení a zabránit ohrožení matky a plodu (Bertschy et al., 2015).

## **Spasticita**

Zvýšený svalový tonus má za následek zhoršený pohyb při vykonávání aktivit včetně jízdy na vozíku (Kříž, 2019). Má vliv na mobilitu obecně a může ovlivnit sed a přesuny z vozíku. Problematicky se může projevit při vykonávání ostatních běžných denních aktivit (Krivošíková, 2011). Spasticita může být natolik závažná, že může způsobovat pády z vozíku (Robertson a Ashworth, 2022).

U některých žen dochází ke zhoršení spasticity během těhotenství (Goodings, 2023). Vliv na její zhoršení má růst dítěte a jeho pohyby v děloze. To se nejvíce zhoršuje ve třetím trimestru (Kurze et al., 2018). Během těhotenství je 12 % incidence zhoršení křečí (Robertson a Ashworth, 2022).

V průběhu těhotenství se plánuje často přerušování antispastické léčby, což může také způsobit její zvýšení. Chybějící účinek léků lze částečně kompenzovat fyzioterapeutickými uvolňovacími technikami (Kurze et al., 2018).

### 1.3 Ergoterapie v průběhu těhotenství

*„Ergoterapie je rehabilitační obor, který usiluje o zachování, zlepšení a využívání schopností jedince s určitým vrozeným nebo získaným postižením (tělesným, duševním aj.) s cílem dosáhnout nejvyšší možné úrovně soběstačnosti v osobním, společenském i pracovním životě,“* Kříž, 2019.

Hlavní oblasti působení ergoterapeuta je intervence zaměřená na nácvik všedních denních aktivit, nácvik pracovních dovedností, ergoterapie zaměstnáváním, funkční ergoterapie a ergoterapie zaměřená na poradenství (Krivošíková, 2011).

Poradenská činnost se týká hlavně doporučování kompenzačních pomůcek, zavádění režimových a zdravotních doporučení nebo informací týkajících se přímo samého onemocnění. Poradenská činnost předchází sekundárním komplikacím a poskytuje podporu v nepříznivé životní situaci. Častěji ergoterapeuti však řeší již existující problémy (Krivošíková, 2011).

Hlavním cílem rehabilitace je minimalizovat komplikace a maximalizovat nezávislost s ohledem na funkce pacienta. Ergoterapie je jedním z hlavních pilířů rehabilitace. Zaměřuje se na zlepšení vykonávání běžných denních činností a jemné motoriky. Dále ergoterapie pomáhá k prevenci sekundárních komplikací a při začlenění do komunity (Arsh et al., 2019).

Mezi oblasti uplatnění ergoterapeuta u míšního poranění spadají dle Kříže (2019) následující oblasti. Podílí se na obnovení vykonávání každodenních činností a zajišťují úpravu a kompenzaci, pokud to vyžaduje stav jedince. Hodnotí sed a podílí se na jeho úpravě k dosažení funkčnosti a mobility pro zapojení do komunity. Nabízí edukaci o kompenzačních pomůckách a různých technologiích. Určují bariéry na úrovni těla i prostředí a hledají jejich možné překonávání. Pomáhají na cestě k návratu do zaměstnání nebo při jeho vyhledávání. Podílí se na podpoře jedince v oblasti důvěrných a sexuálních vztahů. Podílí se na přípravě rodičovství a zajišťují úpravu prostředí, edukaci a hodnotí funkční potenciál.

Ergoterapie umožňuje pacientům po poranění míchy se zapojit do společnosti, využívat svoje vlastní funkce a řešit psychologické problémy. Ergoterapeuti hodnotí omezení jedince a plánují aktivity. Ergoterapeutická intervence je plánovaná v závislosti na sociálních a kulturních charakteristikách jednotlivce, jeho úrovni vzdělání, osobních rysech, hodnotách, postojích a chováních před a po poranění (Nas, 2015).

### 1.3.1 Poradenství v průběhu těhotenství

Jak je uvedeno výše, jednou z domén ergoterapie je poradenství, které se nejčastěji zaměřuje na doporučování kompenzačních pomůcek. Mezi další oblasti poradenství patří oblast sociální a zdravotní (Krivošíková, 2011).

Větší informovanost a vzdělání žen s poraněním míchy v oblasti těhotenství pomůže zmírnit jejich obavy. Vzdělávací materiály založené na důkazech pomohou nejen těmto ženám, ale také zdravotnickému personálu (Chidini a Simonson, 2011).

Nejčastějšími oblastmi, u kterých je pro ženy důležité mít informace, jsou vybavení, dostupnost zdravotnických zařízení, informace ohledně těhotenství a jeho průběhu a informace o lékařích s příslušnými znalostmi (Mitra et al., 2016).

Je obtížné shromáždit informace, které jsou přímo určené pro těhotné ženy s poraněním míchy. Existuje však řada guidlinů a brožur, které podávají obecné základní údaje a poskytují tak důležité informace pro nastávající matky. Povědomí o těchto směrnících může pomoc ergoterapeutovi se lépe orientovat v problematice a zároveň mohou sloužit jako informační materiál pro ženu, která těhotenství plánuje nebo je těhotná.

Tým autorů z Německa vytvořil rozsáhlý guidelines (2017) o těhotenství u žen s poraněním míchy se zaměřením na paraplegii. Obsahuje informace týkající se jak zdravotního stavu, tak i problematických oblastí vztahujících se k aktivitám běžného dne. Jeho cílem je zavést multidisciplinární zásady při péči o těhotnou ženu s cílem poskytnout ženám odpovídající poradenství. V guidelines jsou mimo jiné zmínky o nejčastějších komplikacích souvisejících s míšní lézí. Dále pak poradenská činnost, která cílí na antikoncepční prostředky, příprava na těhotenství a celkové mateřství.

Spinální organizace z Vancouveru vytvořila v roce 2015 brožuru se základními informacemi o těhotenství zaměřenou na medikaci, dysfunkce vybraných orgánových soustav, vybavením pro denní potřebu (toaletní křeslo, pomůcky na sprchování a skluzná deska), plánování porodu, výběr podporujícího týmu, kojení a přípravu na příjezd s dítětem domů. Některé informace z této brožury jsou uvedené v podkapitolách níže.

Tým z Centra Paraple vytvořil doprovodný seriál v rámci magazínu Paraple s názvem Žena intimně, kde se autoři věnují intimním ženským tématům. Popisují mimo jiné také těhotenství u žen s míšní lézí. Zmiňují užitečné informace pro budoucí maminky.

V následujících řádcích jsou popsány oblasti, které se mohou vyskytnout jako téma v rámci poradenství ve spolupráci s ergoterapeutem, a která jsou důležitá s ženou řešit nejen v průběhu celého těhotenství.

### **1.3.1.1 Plánování těhotenství**

Těhotenství je potřeba vnímat jako součást uceleného procesu, kterým je v tomto případě život ženy. Je fáze před a po, které na sebe navzájem navazují a vzájemně se doplňují. Péče a podpora je potřebná už před těhotenstvím a je potřeba ženu během těhotenství připravit i na období, které jí čeká potom. Proto se samotné těhotenství netýká pouze těhotenství jako takového, ale zahrnuje do sebe spoustu dalších oblastí života ženy, na které se nesmí zapomínat.

V každém případě je vhodné těhotenství plánovat pro možnou konzultaci zdravotního stavu se zdravotními specialisty nejen ohledně medikace, ale i úpravy hmotnosti nebo způsobu vyprazdňování (Hladíková, 2021).

Plánované těhotenství přináší výhodu stabilizace zdravotního stavu, monitorace rizik a prevenci jejich vzniku. Žena má možnost se zaměřit na přípravu potřebných pomůcek a prostředí pro sebe i pro dítě. Je prostor také pro plánování případné asistence. Plánované těhotenství přináší větší prostor pro možnost získání finančních příspěvků na pomůcky, které je nezbytné pořídit (Hradilová, 2022).

### **1.3.1.2 Poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek**

Během těhotenství a v prvních týdnech po porodu se mohou změnit pomůcky pro každodenní aktivity. Jedná se například o toaletní křeslo, sedačka do vany nebo skluzná deska. Tyto oblasti je vhodné prodiskutovat s ergoterapeutem, který může nabídnout různé možnosti pro zapůjčení vhodných kompenzačních pomůcek, pokud by měla žena zájem o jejich krátkodobé využití. V případě dlouhodobější potřeby může nabídnout finanční možnosti pro jejich pořízení (Pregnancy and spinal cord injury: an information booklet, 2015).

Mitro (2016) zmiňuje ženy s fyzickým postižením, které zdůrazňují důležitost informací, kde sehnat pomůcky pro dítě, které jsou přizpůsobené jejich potřebám. Jednalo se o kočárky, postýlky, přebalovací stolky a vybavení pro nošení a koupání dítěte.

V odstavci níže jsou uvedené možné kompenzační pomůcky pro jednotlivé oblasti denního života pro samotnou ženu a při péči o dítě.

### ***KP PRO ŽENU:***

Jak je již zmíněno výše, jedná se o přehled pomůcek, které je možné v období těhotenství využít pro usnadnění sebezpečí v rámci ADL. Většinu pomůcek lze krátkodobě zapůjčit. Některé pomůcky je třeba zakoupit, ale jedná se o pomůcky, které jsou pro ženu užitečné a vhodné i po období těhotenství (Hradilová, 2024).

***Přesuny:*** skluzná deska, skluzná role, závěsný systém – mobilní

***Mobilita na lůžku:*** skluzná role, hrazdička, žebříček

***Osobní hygiena:*** nástavce na toaletní papír, bidetová sprška

***Oblékání:*** polštáře na vypodložení nohou, podprsenka s magnetickým zapínáním, podprsenka se zapínáním vepředu, těhotenské oblečení, volná větší obuv

***Koupání:*** toaletní vozíky, sedačka do vany

***Vyprazdňování:*** inkontinenční kalhotky, vložné pleny a podložky

### ***KP PRO PÉČI O DÍTĚ:***

Možnosti každé ženy a potřeby každého dítěte jsou individuální. To je základní aspekt, který je třeba v poradenství ženě zmínit. Zmíněné pomůcky jsou něčím specifické pro ženu s touto disabilitou, je však třeba si uvědomit, že je potřeba pořídit i standardní výbavu.

V péči o dítě je nutno vždy najít balanc mezi respektem zdravého vývoje dítěte a funkčními možnostmi matky. V poradenství je tedy vhodné informovat o možnostech a výbavě nezbytné pro období těsně po porodu. Mezi základní potřeby patří: postýlka, prostor pro přebalování, pomůcky pro manipulaci s dítětem (přenos dítěte), kočárek, autosedačka a pomůcky pro podporu kojení či jiného způsobu krmení miminka. Další pomůcky mohou ženě

výrazně pomoci v péči o dítě v domácnosti. V případě podpory ženy na vozíku v roli matky je v ČR funkční program peer mentoringu a napojení na ženy, které už matkami jsou. Některé pomůcky je možné si od těchto žen zapůjčit. Příkladem je postýlka, která je adaptovaná pro otevření ze strany, a kterou lze využít jako přebalovací pult (Hradilová, 2024).

**Kojení a krmení:** polštáře, šály, šátky, popruhy z vozíku, fixační pás, autosedačka, polohovací dětské lehátko, dětská postýlka připevněná k posteli, závěsný systém pro láhev, láhev s dávkovacím systémem

**Koupání:** mobilní vanička na nožičkách, umyvadlo/dřez, vanička nasazená na vanu, kbelíky pro miminka nebo vanička do sprchového koutu

**Přesuny:** šátky, šály, košíky, ergonomická nosítka a polštáře, IP tably doplněné o protiskluznou podložku, autosedačka, kolébka s kolečky, kočárek, mobilní postýlka nebo kolébka,

**Přebalování:** sklopný přebalovací pult, modifikovaná úprava stolu s připevněním desky na okraj, stůl s prostorem pod, modifikovaný pojízdný a výškově nastavitelný stolek, natahovací plenové/látkové kalhotky

### 1.3.1.3 Monitorace zdraví miminka v průběhu těhotenství

Při monitoraci zdravotního stavu miminka je důležité sledovat bušení srdce dítěte. Ženy nemusí cítit pohyby miminka v břiše. Využívají se k tomu ultrasondy, které lze využívat v domácím prostředí. Ideální je konzultovat tuto možnost s gynekologem, který je schopný ženu naučit identifikovat činnost srdce (Hradilová, 2023).

### 1.3.1.4 Postura sedu

Vozík je nezbytnou kompenzační pomůckou pro osoby s fyzickou disabilitou. Jeho správný výběr má vliv na posturu těla, stav kůže a funkčnost člověka obecně. Ergoterapeut se podílí na procesu výběru, získání a fungování na vozíku. V rámci výběru vozíku se řeší šířka a hloubka sedu, výška zádové opěrky, vzdálenost stupaček, sklon úhlu zádové opěrky a výška područek (Krivošíková, 2011).

Správná postura sedu slouží jako prevence deformit, prevence dekubitů, podporuje funkčnost sedu a horních končetin, zvyšuje toleranci sedu v průběhu dne a posiluje respirační funkce (Faltýnková, 2012).

Správně vybraný vozík je klíčem k nezávislosti. Při výběru se bere ohled na jeho šířku, typ a výšku zádové opěrky. Správně vybrané příslušenství vede k co největší samostatnosti (Faltýnková, 2012). Mezi příslušenství patří antidekubitní podložka, zádová opěrka, opěrka hlavy a horních končetin, bezpečnostní pás, síť, rukavice, obruče, ochranné kryty velkých kol, stolky, pohyblivé opory a páky proti překlopení (Křivošíková, 2011).

S nástupem těhotenství dochází ke změně těžiště a celého těla obecně, což se může výrazně projevit na stereotypu sedu na vozíku (Hradilová, 2021). Může být potřeba zvětšit vozík k zamezení vzniku dekubitu pod tlakem (Camune, 2013). V případě nutnosti je potřeba se přizpůsobit změnám hmotnosti a těžiště a upravit vozík (Pregnancy and spinal cord injury: an information booklet, 2015).

V úvahu může přicházet dočasné pořízení elektrického vozíku s nastavitelnými opěradly, které může ženě poskytnout větší prostor (Kurze et al., 2018). Pokud má žena v době těhotenství nárok na nový vozík, je vhodné si pořídit takový, kde budou možné úpravy jeho komponent. V průběhu těhotenství a zhruba rok po porodu může docházet k tělesným změnám, které je potřeba prodiskutovat s ergoterapeutem a následně upravit (Hradilová, 2021).

### **1.3.1.5 Příprava na pobyt v porodnici**

Častá otázka se objevuje ohledně způsobu porodu. Robertson a Ashworth (2022) uvádějí, že vaginální porod může bezpečně proběhnout i u žen s míšní lézí bez ohledu na úroveň poranění míchy. Díky tomu mají ženy možnost volby ohledně způsobu porodu. Přesto až 69 % žen volí císařský řez.

Porod se doporučuje plánovat v brzké fázi těhotenství (McLain, 2015). Při výběru porodnice pro porod a předporodní poradenství se doporučují fakultní nemocnice (Hradilová, 2023). Pokud má žena poranění míchy nad Th6, je vhodné uvažovat o místní porodnici, z důvodu bezpečné dopravy než do porodnice, která je v delší vzdálenosti. Toto rozhodnutí by mělo být probráno s ošetřujícím týmem (Goodings, 2023).

Při výběru poskytovatele služby (gynekologa nebo nemocnice) je potřeba si zjistit bezbariérovost zařízení. Studie od Bertschy a spol. z roku 2015 uvádí nedostatečné vybavení některých nemocnic v podobě nedostatečného místa nebo nevyhovujícího vyšetřovacího křesla. Tyto komplikace měly za následek nekomfortní sdílení pokojů s matkami bez postižení. Ženy



ze studie uvádějí, že cítily odpovědnost za to sehnat si sami vhodného poskytovatele s odpovídající péčí.

V rámci přípravy do porodnice je důležité umět rozpoznat kontrakce dělohy, které může být u některých žen obtížné z důvodu snížené citlivosti. Některé ženy mohou pociťovat bolest ramen nebo zad, být náchylné ke zvýšené spasticitě nebo mít příznaky autonomní dysreflexie. Po přiložení ruky na břicho může žena cítit svírání dělohy (Pregnancy and spinal cord injury: an information booklet, 2015).

Tabulka 1.1 *Věci do porodnice*

<b>doklady</b>	<b>vlastní odsávačka mléka</b>
<b>hygienické potřeby (ručníky, zubní kartáček, pasta, sprchový gel, šampón, toaletní papír, krém na bradavky)</b>	<b>dětské vybavení (pleny, dětská kosmetika, teploměry, líh na pupík, oblečení a zavinovačka, dudlík)</b>
<b>jednorázové nebo inkontinenční kalhotky</b>	<b>léky</b>
<b>oblečení (kojící podprsenky, noční košile, gumové boty)</b>	<b>osobní věci (mobilní telefon, nabíječka, notes a propiska)</b>
<b>vložky do podprsenky</b>	<b>pomůcky na vyprazdňování</b>

*zdroj: Žena intimně (Hradilová, 2021)*

Před příjezdem do porodnice je vhodné si připravit tašku s potřebnými věcmi (McLain, 2015). V tabulce 1.1 jsou uvedené doporučené věci a potřeby do tašky do porodnice.

Po porodu mohou chtít ženy po poranění míchy zůstat v nemocnici delší dobu než u běžného těhotenství pro dostatečnou podporu. Je proto nutné mít dostatečně vhodně upravené zařízení, včetně pokoje pro partnera ženy (Robertson a Ashworth, 2022).

### **1.3.1.6 Kvalita života ženy v období těhotenství jako součást poradenství ergoterapeuta**

Vstup do těhotenství může přinést mnoho odlišných psychologických postojů a dalších změn do života ženy. V rámci poradenství je vhodné ženu informovat o tom, co může nastat, a co se může v průběhu těhotenství změnit. S přihlédnutím na kvalitu a prožitek tohoto speciálního období se mohou objevit faktory, které ho mohou narušit a ovlivnit tak kvalitu života a psychickou pohodu ženy. Cílem práce ergoterapeuta je ženu připravit na to, co může nastat, podpořit jí v tom a hledat možná řešení.

Pojem kvalita se v odborném pojetí bere jako popis pozitivních i negativních komponentů života. Může se chápat ve smyslu objektivního i subjektivního pojetí (Gurková, 2011).

Kvalita života je osobní celkové hodnocení pohody a spokojenosti se životem, které jedinec zažívá podle svých současných životních podmínek. Sociální podpora, sociální integrace, mobilita, zaměstnání nebo rodinné role se ukázali jako faktory ovlivňující kvalitu života (The journal of spinal cord medicine, 1999).

Obecně u poranění míchy dochází k ovlivnění psychického stavu ztrátou soběstačnosti a celkově horším zdravotním stavem (Faltýnková, 2012). Vede k vážné disabilitě a možné ztrátě zaměstnání, což má psychosociální a ekonomické dopady (Nas, 2015).

Časná, holistická prenatální péče s účastí rodiny může ulevit úzkostem ohledně těhotenství a porodu. Klidné a respektující plánování normálního těhotenství a porodu poskytne celému týmu a rodině jistotu, odstraní obavy k zajištění pozitivní zkušenosti. Tyto aspekty umožní ženě s poraněním míchy soustředit se na tento důležitý životní okamžik s minimálními obavami a silným optimismem (Camune, 2013). Studie ukázaly, že je potřeba vyhovět potřebám těhotné ženy k zajištění optimálního zdraví matky a vyhovující kvalitě života s účastí během těhotenství (Bertschy et al., 2015).

Pro zlepšení a prevenci sociální izolace je důležité být neustále ve spojení. Užitečné se jeví setkání s ostatními matkami a sdílení vlastních zkušeností mezi sebou. Pro další podporu lze vyhledat pečující zdravotnický tým nebo informace na internetu, kde je možnost najít

některé materiály. Je vhodné hledat na stránkách spinálních organizací v dané zemi nebo v zahraničí (Krassioukov et al., 2023).

Ke zlepšení kvality života může vést redukce sekundárních komplikací, omezení některých aktivit a odstranění sociálních bariér při zvýšené péči o sebe a udržování zdraví (The journal of spinal cord medicine, 1999).

V následujících odstavcích jsou rozepsané tři aspekty, které mohou mít vliv na kvalitu života ženy během těhotenství.

### **1) Asistence**

Kvalita života úzce souvisí s potřebou asistence v průběhu těhotenství. S vyšší mírou potřeby asistence se žena stává více závislou a může to mít vliv na její prožitek a psychický stav. Vždy záleží na každé ženě individuálně, protože každá může mít různý prožitek a vnímat to, co se jí děje v životě odlišně podle obrazu postižení, typu osobnosti nebo předchozí zkušenosti.

Pro příjemnější průběh těhotenství je třeba znát potřeby postižených rodičů a mít znalost různých typů asistence, které jsou dostupné matkám s poraněním páteře. Jedná se také o pomůcky usnadňující péči o novorozence nebo sociální a finanční pomoc (Wasiak et al., 2023).

Od začátku těhotenství je důležité brát v potaz vliv na soběstačnost v ADL a uvažovat o možnosti asistence. Ta je důležitá nejen na konci, ale v průběhu celého těhotenství. Asistence může být poskytnuta ze strany rodiny, blízkého, asistenční služby nebo pořízením kompenzační pomůcky (Hradilová, 2021).

Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách stanovuje podmínky pomoci a podpory fyzickým osobám, které jsou v nepříznivé sociální situaci. Pomoc a podpora je založena na individuálně upravených potřebách jedince a podporuje ho v dosažení samostatnosti a vede je k aktivnímu zapojení do společnosti. Mezi základní formy sociálních služeb patří sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální péče je poskytovaná ve formě ambulantní, pobytové a terénní. V rámci sociální služby se poskytuje péče o vlastní osobu, výpomoc při osobní hygieně, při péči o domácnost, trénink aktivit nutných pro péči o vlastní osobu a soběstačnost. Mezi terénní služby patří osobní asistence, která se poskytuje

pacientům se sníženou soběstačností. Služba je poskytována v časově ohraničeném limitu v průběhu dne v přirozeném sociálním prostředí jedince.

V průběhu těhotenství je potřeba plánovat pomoc a zvýšenou podporu při aktivitách jako jsou osobní hygiena, domácí práce, nákup nebo při přesunu. Důležité je také plánovat možnost podpory v každodenním životě s dítětem a konzultovat oblast jako je rodičovská dovolená partnera, podpora prarodičů nebo podpora ze strany pojišťovny (Kurze et al., 2018). V rámci konzultace je důležité také probrat situaci ohledně financí a možné podpory s dostupností kontaktních osob (Hradilová, 2021).

Ženy s tetraplegií potřebují zvýšenou asistenci především v oblastech vyprazdňování a přesunů. Asistence je nutná také během prvních let dítěte ze strany rodiny nebo způsobilých asistentů (Faltýnková, 2012).

## **2) Psychosociální aspekty a postoj veřejnosti**

Ženy po poranění míchy se mohou setkávat s psychosociálními bariérami, které mohou zahrnovat nedostatečnou podporu ze strany poskytovatelů zdravotní péče. Často má žena omezenou schopnost samostatné péče o sebe a vytváří tak obtížný scénář pro rodiny a poskytovatele zdravotní péče. Výše zmíněné bariéry mohou negativně ovlivnit edukaci a výsledky. Přesto ženy s míšní lézí zažívají stejnou sexuální touhu jako ženy bez poranění (Hollenbach et al., 2020).

Dalšími sociálními bariérami, se kterými se ženy s hendikepem mohou setkat, jsou předsudky a odsuzování z okolí. Kurze a spol. (2018) kladou důraz na potřebu si uvědomovat a počítat s různými reakcemi okolí. Ty se mohou pohybovat od empatie a porozumění až k překvapivých nebo odmítavým reakcím. Hladíková (2021) zdůrazňuje, že ženy s poraněním míchy často vedou nezávislý život a jejich fyzické postižení jim nebrání v tom stát se matkou a vychovat dítě stejně tak jako ženy bez hendikepu.

Schůzky s konzultací zdravotních komplikací, předporodní konzultace a jiné mohou poskytnout příležitost ke vzdělání a těhotné ženy mohou mít reálná očekávání s podpůrným plánem na období těhotenství (Hollenbach et al., 2020).

Ženy po porodu bez ohledu na fyzickou disabilitu trpí zvýšeným rizikem psychických problémů, které se mohou vyvinout v deprese nebo úzkosti (Krassioukov et al., 2023). Během

přípravy na dítě by měla žena pečovat o své emocionální a mentální zdraví. Je obvyklé, že se ženy cítí úzkostně, izolovaně a nepodpořené během toho, co se snaží připravit na přicházejícího potomka. V kombinaci se změnou mobility a závislostí na potřebách denního života se mohou tyto pocity prohloubit (Pregnancy and spinal cord injury: an information booklet, 2015). U těchto žen je zvláště důležité provádět screening a léčbu poporodní deprese. Před propuštěním z nemocnice po porodu by měla být provedena edukace ohledně toho, kde může žena získat podporu (Robertson a Ashworth, 2022). Ta je důležitá ze strany rodiny, ostatních rodičů s poraněním míchy a pečujícího týmu (Pregnancy and spinal cord injury: an information booklet, 2015).

### **3) Změny sociálních rolí**

Žena v průběhu celého života vstupuje a přijímá nové životní role. Jednou z nich je role partnerky, kterou převážně zastupuje v průběhu celého života. Je to proces, kdy musí žena projít sebe přijetím, což ovlivňuje charakter dané ženy a podpora z jejího okolí. Tato životní role s sebou přináší různé bariéry v podobě seznamování a navazování vztahů nebo práce na svojí atraktivitě ve spojitosti s handicapem (Hradilová, 2023).

S těhotenstvím přichází nová životní etapa – role matky. Ta s sebou nese další bariéry. Dochází ke změně na partnerské úrovni, zvyšuje se výkon ženy v oblasti péče o dítě a zároveň se zvyšuje také finanční zátěž. To vše vede k nedostatku možnosti péče o sebe samu a může to mít negativní dopad do celkového stavu ženy. Proto si žena v této své životní roli zaslouží větší pozornost a podporu (Hradilová, 2023).

### 1.3.2 Návčik aktivit v rámci ergoterapie

V kompetenci práce ergoterapeuta je návčik pro život nezbytných činností (Krivošíková, 2011). V následující podkapitole jsou zmíněné nejproblematictější oblasti z aktivit všedního dne, které může žena nacvičovat s ergoterapeutem. Zároveň jsou zmíněné možnosti ohledně návčiku péče o dítě v prvních měsících života miminka.

#### 1) ADL (všední denní činnosti)

*„Všední denní činnosti (ADL) jsou činnosti, které člověk provádí denně nebo pravidelně a umožňují mu být nezávislý ve svém domácím nebo širším prostředí. Patří mezi ně činnosti sebeobsluhy, funkční mobility a komunikace, dále činnosti spojené s vedením a údržbou domácnosti a činnosti, které provádí v širším sociálním prostředí,“* Krivošíková (2011).

Obecně platí, že pacienti s postižením krční páteře mají omezené vykonávání ADL. Nižší efektivita výsledků oproti paraplegickým pacientům je z důvodu poměru míry postižení horních a dolních končetin. Přesto je ergoterapeutická intervence nezbytně nutná, aby mohl pacient fungovat nezávisle a minimalizovat zátěž péče (Arsh et al., 2019).

Nekontrolovatelná spasticita může mít vliv na ADL, přesuny nebo chůzi. Spasticita může narušit funkční nezávislost v ADL, a to především v přesunech (Lin a Chay, 2020).

Váha, zvýšený břišní tlak a zvýšená spasticita se podílí na zhoršené mobilitě. To vede ke zvýšené závislosti na pomoci při zvládání úkolů (Goodings, 2023).

#### Mobilita a přesuny

Studie dle Iezzoni a spol. uvádí jako nejčastější komplikace pády a potíže s podporou mobility. Tyto komplikace jsou spojené s neschopností udržet rovnováhu a vybalancování vychýlení při přesunu (Iezzoni et al., 2015). S postupujícím těhotenstvím dochází k nestabilitě v důsledku váhových změn a žena tak potřebuje podporu při chůzi, přesunu a přenosu (Camune, 2013).

Omezená hybnost se v průběhu těhotenství zvyšuje. To má velký vliv na přesuny, které mohou být v posledních týdnech těhotenství obtížné. Mělo by být s ženou prodiskutována možnost využití pomůcek pro mobilitu jako je skluzná deska, zvedák apod. Žena by se měla pravidelně odlehčovat a vyvarovat se dlouhému sezení (Kurze et al., 2018).

Změny během těhotenství ovlivňují manipulaci s tělem. Může být zhoršená také schopnost vertikálních přesunů, mobility na toaletě, otevírání dveří nebo přenášení předmětů (Pregnancy and spinal cord injury: an information booklet, 2015).

V období šestinedělí jsou také častou problematickou oblastí přesuny, které jsou náročnější. Je užitečné prodiskutovat s ergoterapeutem vhodné strategie, které budou funkční a dále také probrat možnosti ohledně vybavení pro lepší a kvalitnější přesun (Pregnancy and spinal cord injury: an information booklet, 2015).

## **Vyprazdňování moči**

Péče a vyprazdňování močového měchýře při poranění míchy lze provádět několika způsoby. Jedná se o permanentní transuretrální močový katétr, permanentní suprapubický močový katétr, intermitentní katetrizace nebo tzv. triggerování (vyklepávání) a expresi močového měchýře. U poslední dvou zmíněných metod se jedná o samopohmatové manévry (Kříž, 2019).

Ženy s poškozením míchy mohou mít problém udržovat kontinenci pomocí intermitentní katetrizace, trvale zavedené močové trubice nebo suprapubické katetrizace. S postupem těhotenství může být kvůli zhoršenému pohybu nutné přejít na trvale zavedený katétr (Robertson a Ashworth, 2022). Tyto komplikace jsou způsobené převážně sníženou kapacitou močového měchýře. Intermitentní katetrizace je v pozdějším stádiu těhotenství obtížnější z důvodu změny anatomických proporcí. V případě používání vesicostomie nebo epicystostomie mohou vzniknout obtíže v důsledku anatomických změn ženy. V případě nutnosti je potřeba přejít na katetrizaci přes močovou trubici (Hladíková, 2021).

Používání permanentního močového katétru může být vnímáno negativně z důvodu zásahu do intimity, soběstačnosti nebo mohou vzniknout nepříjemné pocity jako překážka při vykonávání hygieny, oblékání nebo mobility (Hladíková, 2021). Intermitentním katétrům se doporučuje vyhnout z důvodu rizika vzniku urologické infekce. Potřebné ale mohou být především v prvním a třetím trimestru (Camune, 2013).

Doporučuje se probrat případný přechod na jiný typ močení, naléhavost a frekvenci močení, možná rizika močové infekce nebo možnosti, jak zmírnit křeče močového měchýře (Pregnancy and spinal cord injury: an information booklet, 2015). Při možných únicích moči

lze využít inkontinenční pomůcky jako jsou pleny nebo inkontinenční kalhotky (Hradilová, 2021).

## **Vyprazdňování stolice**

Techniky vyprazdňování jako čípky, digitální stimulace, cvičení pro vyprázdnění nebo regulace stravy nemusejí být dostatečné pro vyprázdnění. Mohou se využívat také prostředky jako jsou projímadla a laxativa. Dále se mohou zavést režimová opatření (Camune, 2013). Dalšími možnými výbavnými technikami jsou miniklyzmata (Kříž a Hyšperská, 2009).

V pozdním stádiu těhotenství může být obtížné se postavit do polohy pro defekaci nebo rektální očistu. V průběhu těhotenství je nutné pravidelně kontrolovat a přizpůsobovat péči o střeva při neurogenních poruchách střev a v případě nutnosti zařídit asistenci (Kurze et al., 2018).

Na základě guidelineu od autorů Kurze a spol. (2018) se doporučuje v případě využití transanální irigace ji nadále využívat. Od poloviny druhého trimestru by měla být žena převedena na oplach s měkkým katétrem bez balónu, aby se zabránilo kontrakci dělohy v důsledku rektálního roztažení.

## **2) Návuk strategií péče o dítě**

V průběhu těhotenství je důležité myslet na to, že porodem práce ergoterapeuta nekončí. Existuje několik oblastí, které mohou být pro nastávající matky problematické v péči o dítě a je vhodné je probrat s ergoterapeutem. Ten může ženě poskytnout nejen teoretické informace, ale mohou se společně zaměřit na návuk konkrétních aktivit jako je kojení, krmení, přebalování nebo koupání.

Žena po poranění míchy by měla brát ohled na své síly a schopnosti při mateřství. I tak je plánování a nesení určité odpovědnosti za péči o dítě s partnerem přirozené a velmi důležitým aspektem. Ženy by měly být informované o vhodných pomůckách (Kurze et al., 2018).

Během prvních pár týdnů po příjezdu s dítětem do domácího prostředí je vhodné se obrátit na pomoc u rodin a kamarádů na oblasti, ve kterých si žena není jistá. Řada žen oslovuje také porodní asistentku pro emocionální a praktickou podporu a pro podpoření a zachování dostateku energie (Pregnancy and spinal cord injury: an information booklet, 2015).



Po příjezdu z porodnice je důležité zajistit péči o ostatní děti a pomůcky pro péči o dítě. Ty zahrnují přebalovací pult, kočárek, kolébku a sedačku na přesun (Pregnancy and spinal cord injury: an information booklet, 2015). Ženám se doporučuje připravit v průběhu těhotenství dětský pokoj a vybavit se základními potřebami pro dítě (McLain et al., 2016).

## **Kojení a krmení**

Přestože kojení nespadá přímo do těhotenství důkladná příprava a trénink během těhotenství se může ženě hodit, aby byla připravená a seznámená s riziky a komplikacemi.

Žena se může setkat při kojení s těmito komplikacemi: u všech výšek míšní léze může být problém s polohou nebo držením miminka při kojení. Ženy s míšní lézí nad Th6 mohou mít problémy s produkcí mléka (Goodings, 2023).

Mnoho žen vnímá kojení jako výzvu. Je vhodná konzultace s laktačním poradcem ohledně různých technik a pozic (Goodings, 2015). Během kojení se může objevit zvýšená křečovitost močového měchýře (McLain et al., 2015).

Pokud je kojení nemožné, je vhodné pro ženu i pro dítě napodobovat pozice při kojení. Dojde tak k blízkému kontaktu mezi matkou a dítětem. Žena v této pozici může využívat doplňkový kojící systém, kdy je dítě krmeno z láhve (Krassioukov et al., 2015).

Je mnoho faktorů, na které je potřeba brát ohled. Spasticita, funkce ruky, trupová stabilita, únava a část dne mohou ovlivnit výběr pozice pro kojení. Lze kojit ve vozíku, v posteli nebo na jiném místě. Je možné, že bude žena potřebovat druhou osobu pro uložení miminka do pozice na kojení. Na *obrázku 1.1* jsou zobrazeny nejpoužívanější pozice pro kojení (Krassioukov et al., 2023).

Pozice na vozíku podporuje trupovou stabilitu. Tu může zvýšit zádová opěrka s postranními pelotami nebo fixační pás. Pro lepší pozici v leže se využívají klíny pro podporu zad nebo břicha a kojence. Žena může využít zavinovačku pro uložení miminka do vhodné pozice. Ke stabilizaci lze sehnat také kojící polštáře v různých modifikacích s ohledem na váhu, tvar a tvrdost. V některých případech ženy využívají také klasické polštáře (Krassioukov et al., 2023).

Při krmení dítěte lžičkou nebo z lahvičky lze využít autosedačku nebo polohovací dětské lehátko. Pro lepší manipulaci se lžičkou lze využít modifikovaných úprav. Jedná se například o lahvičky se závěsným systémem nebo lžičky s dávkovačem (Hradilová, 2022).

### **Manipulace s miminkem**

Při manipulaci s miminkem je potřeba brát ohled na vývoj dítěte a hendikep ženy. Ideální je provést kompromis, který bude prospěšný pro obě strany. Je vhodné, aby bylo miminko přemísťované ve vertikální poloze, aby nedošlo k přetížení kyčlí a pánve dítěte. K tomu se dají využít šátky, šály, ergonomická nosítka nebo různé typy polštářů. Další možnosti v rámci domácího prostředí jsou mobilní postýlky nebo sedačky (*viz obrázek 1.2*). Důležité je myslet při využívání pomůcek na místa (uzle, popruhy), která mohou být potencionálním rizikem pro vznik dekubitu (Hradilová, 2022).

### **Koupání**

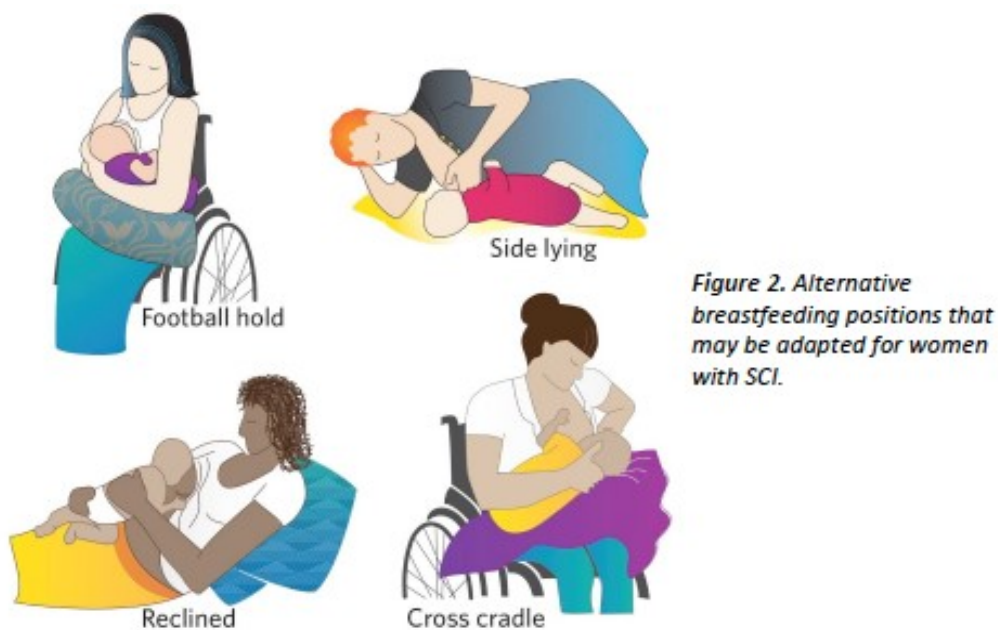
Při koupání je důležité myslet nejen na pomůcky, které usnadní celou aktivitu, ale především na prostor jako takový. Mělo by být dostatek prostoru v okolí a ideálně připravené vše potřebné.

Pro koupání miminka lze využít mobilní vaničku, umyvadlo, vaničku nasazenou na vanu, kbelíky pro miminka nebo vaničku do sprchového koutu. Vždy záleží na celkovém funkčním stavu ženy (stabilní, nestabilní) a velikosti miminka (Hradilová, 2022).

### **Přebalování**

Pro přebalování lze využít sklopný přebalovací pult, modifikovanou úpravu stolu s připevněním desky na okraj, stůl s prostorem pod nebo přebalování přímo na vozíku. Pro usnadnění nandávání pleny je možnost pořízení natahovacích plenových kalhotek (Hradilová, 2022).

Obrázek 1.1 Polohy při kojení



(Zdroj: Krassioukov et al., 2023)

Obrázek 1.2 Pomůcky pro péči o dítě



(Zdroj: Máma, táta na vozíku. No problem, Hradilová, 2022)

### **1.3.3 Ergoterapie v průběhu jednotlivých trimestrů**

#### **První trimestr**

Ženy s poraněním míchy by měly dostávat odborně vedenou prenatální péči s časným hodnocením v prvním trimestru multidisciplinárním týmem, který zahrnuje ergoterapeuty, fyzioterapeuty, porodní asistentku a anesteziologa a sestru na spinální jednotce (Robertson a Ashworth, 2022).

Mc Lain a spol. (2016) uvádí důležitost sledování v průběhu prvního trimestru příznaků, které mají zvýšenou tendenci k projevu. Patří mezi ně AD, infekce močových cest a střevní motilita. Camune (2013) dále zmiňuje riziko vzniku hluboké žilní trombózy, anémie, potratu nebo depresí a úzkostí.

#### **Druhý trimestr**

V průběhu druhého trimestru je důležité sledovat AD, infekce močových cest, přírůstek na váze, tlakové vředy, hlubokou žilní trombózu, deprese a úzkosti, anémii, zácpu, motorickou stabilitu a předporodní námaha (Camune, 2013).

Nárůst hmotnosti začíná komplikovat přesuny během dne, kterých kvůli tomu může být méně. Žena bude může vyžadovat pomoc druhé osoby. Pokud žena využívá katetrizaci bude ji muset pravděpodobně vykonávat častěji nebo bude muset přejít na trvalý katétr. Je vhodné častěji kontrolovat kůži pro riziko vzniku dekubitu (McLain et al., 2016).

V rámci druhého trimestru jsou častější gynekologická vyšetření, ve kterých je vhodné začít s nácvikem samopohmatových manévrů pro detekci předčasných kontrakcí. Při každé prenatální kontrole by mělo dojít ke kontrole vozíku a jeho komponent (Chidini a Simonson, 2011).

Oblast soběstačnosti začíná být zasažena nárůstem hmotnosti a zvětšujícím se břichem. To má za následek změny v oblasti strategií soběstačnosti, vzhledem k omezeným možnostem předklonu trupu. Problematické jsou proto veškeré aktivity, při kterých je třeba předklon. Nejvíce zasaženy bývají přesuny, mobilita, oblékání dolní poloviny těla nebo podávání předmětů ze země. Tyto oblasti potřebují podporu především koncem druhého trimestru a v průběhu celého třetího trimestru. Vzhledem ke změnám tělesného schématu je třeba také přizpůsobit posturu sedu (Hradilová, 2024).

## **Třetí trimestr**

V průběhu třetího trimestru je důležité sledovat příznaky AD, infekce močových cest a pyelonefritidy, přírůstek na váze, tlakové vředy, hlubokou žilní trombózu, deprese a úzkosti, zácpu, motorickou nestabilitu a předporodní námahu (Camune, 2013).

Ve třetím trimestru se doporučuje dočasná dodatečná pomoc od další osoby pro každodenní život. Především transferů (Kurze et al., 2018).

Při kontrole ve třetím trimestru je důležité upínat pozornost na příznaky předčasných porodů. V některých případech může žena příznaky popisovat odlišně, než těhotná žena bez míšní léze. Pokud má žena funkční ruce může se naučit samopohmatové manévry pro zjištění kontrakcí (Camune, 2013).

Až polovina žen pocítuje obtíže s mobilitou a poháněním vozíku ke konci těhotenství (Chidini, Simonson, 2011).

V závěru těhotenství je třeba více asistence v oblasti většiny aktivit soběstačnosti. Nejen z důvodu změny při jejich vykonávání, ale také jako prevence pádů. V oblasti postury sedu je předmětem práce ergoterapeuta úprava těžiště a případné vyměkčení či úprava komponent vozíku pro možné riziko vzniku defektu. Žena se připravuje na porod a pobyt v porodnici. Je důležité s ní probrat také období šestinedělí, kdy bude potřebovat větší míru asistence v péči o sebe samu. Důležité je s ní také probrat strategie a možnosti v péči o dítě (Hradilová, 2024).

## 2 PRAKTICKÁ ČÁST

V teoretické části byla přiblížena problematika těhotenství žen po poranění míchy z pohledu ergoterapeuta. Z těchto poznatků vychází bakalářská práce ve své praktické části, a z kterých byl zpracován dotazník, který je hlavní metodou sběru dat v této práci.

### 2.1 Cíl práce

**Hlavním cílem bakalářské práce je identifikovat oblasti podpory ergoterapeuta a využití ergoterapie v průběhu těhotenství u žen s míšní lézí k dosažení soběstačnosti a ovlivnění kvality života v průběhu tohoto období.**

Formulace cíle bakalářské práce byla založena na faktu, že těhotná žena s poraněním míchy, vstupuje do nového životního období, kde dochází k zásadním změnám z hlediska těla a celkového fungování. Tyto odlišnosti mohou ovlivnit vnímání tohoto speciálního období a narušovat přípravu a plánování těhotenství. Z ergoterapeutického hlediska je důležité stanovit oblasti, kde může ergoterapeut ženu podpořit a pomoc jí s plánováním těhotenstvím.

Hlavní cíl směřuje k zjištění problematických činností v oblasti personálních ADL, které mohou být pro ženu obtížnější vykonávat v průběhu těhotenství oproti době před otěhotněním. Identifikace těchto oblastí by měla upřesnit potřeby ženy v průběhu těhotenství, na které může ergoterapeut zaměřit plánování podpory.

Konkrétní cílení a identifikace problematických oblastí může pomoc ženě lépe vnímat těhotenství a plánovat si podporu ergoterapeuta pro bezproblémový průběh těhotenství. Pokud je žena v průběhu těhotenství podpořena a ví, kam se může obrátit pro pomoc, může jí to usnadnit přípravu na přicházející miminko a žena se tak z tohoto období může těšit.

**Dílčím cílem je definovat oblasti, ve kterých je potřeba zvýšené asistence ve srovnání se stavem před otěhotněním a v jednotlivých trimestrech.**

Dílčí cíl navazuje na hlavní cíl. Těhotenství je proměnlivý proces a jednotlivé trimestry s sebou přinášejí různá úskalí. Povědomí o tom, co v jakém trimestru žena potřebuje, může usnadnit intervenci ergoterapeuta ve spolupráci s ženou.

Potřeba asistence úzce souvisí s kvalitou života, která se může zásadně projikovat do subjektivního prožitku. Je obvyklé, že se ženy cítí úzkostně, izolovaně a nepodpořené během

toho, co se snaží připravit na přicházejícího potomka. V kombinaci se změnou mobility a závislostí na potřebách denního života se mohou tyto pocity prohloubit (Pregnancy and spinal cord injury: an information booklet, 2015).

## **2.2 Metoda sběru dat**

Bakalářská práce využívá jako metodu sběru dat dotazník, který se řadí mezi prvky kvantitativního výzkumu. Jedná se o pilotáž dotazníku. Ve sběru dat se bude pokračovat i po zpracování práce k dlouhodobějšímu výzkumu.

Kvantitativní výzkum používá ke sběru dat náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat. Jedná se o dotazníky, testy nebo pozorování. Získaná data jsou sbírána pomocí měření. Následně se data vyhodnocují statisticky. Hlavní náplní je tyto výsledky popsat a potvrdit pravdivost předpokladů (Hendl, 2016).

Hlavním uceleným procesem kvantitativního sběru dat je předpoklad teorie, která platí. Dle této teorie se sestaví hypotézy a následně se provede měření. Po získání dat měřením se hypotéza popíše a určí se, zda platí. Výsledkem je tzv. verifikace. Výsledky měření se propojí s teorií (Hendl, 2016).

Dotazníkové šetření se řadí do jedné z nejpoužívanějších metod sběru dat. Obsahují otázky, které mohou mít otevřené nebo uzavřené otázky a jsou rozesílány respondentům (Urbánek a Buriánek, 1995).

Dotazníkové šetření s sebou nese řadu výhod a nevýhod. Jeho výhodou je rychlá distribuce a časová nenáročnost. Poskytuje možnost zaslat dotazník na dálku, respondenti mají dostatečný prostor pro vyplnění a je možné zajistit anonymitu zúčastněných respondentů. Mezi nevýhody patří jeho možná nízká návratnost. Odpovědi nemusí být pravdivé z několika důvodů. Respondent může mít zkreslenou představu o svém stavu a můžou skutečnost vnímat jina, než jaká ve skutečnosti je. Dále není jistota, že dotazník vyplňoval právě daný respondent (Juřeníková, 2019).

## **2.3 Zpracování dotazníku**

Dotazník je zpracovaný skrze stránku survio.com, která nabízí vytvoření vlastního dotazníku na míru s možností vyhodnocení výsledků a zpracování do grafů a tabulek. Toto zpracování jsem využila s vlastním doplněním a úpravami přes Microsoft Excel. Dotazník

obsahuje celkem 56 otázek a je rozdělený na pět částí (viz příloha č. 1). Obsahuje otevřené i uzavřené otázky s možností výběru. Dotazník byl schválen Etickou komisí Centra Paraple.

První část dotazníku se zabývá obecnými, demografickými a anamnestickými údaji pro určení charakteristiky ženy a zjištění jejího stavu před těhotenstvím. Následující další tři části jsou rozdělené po jednotlivých trimestrech. Každá část obsahuje 10 otázek, které jsou totožné, ale v každá část cílí právě na jeden konkrétní trimestr. Všechny tři části obsahují shodné otázky ve shodném pořadí i s totožným výběrem nabízených odpovědí. Shodné otázky jsou cíleně podané z důvodu možnosti pozorovat proměnnost odpovědí v průběhu jednotlivých trimestrů. Poslední pátá část je zaměřená na sdílení subjektivního prožitku z těhotenství.

V následujících řádcích je blíže popsána strukturalizace dotazníku a výběr jednotlivých otázek. Většina otázek je vybrána na základě nastudované literatury, která dané oblasti popisuje jako problematické. V dotazníku se nachází velké množství odborných pojmů. Z toho důvodu jsou tyto pojmy vždy vysvětlené v laickém podání pro porozumění respondentek.

#### **První demografická část (otázky 1-22):**

První část dotazníku je cílená na obecné informace o ženě. Shrnutí těchto oblastí je zahrnuto v *tab. 2.1*. S ohledem na cíl práce je cíleno na ADL a charakteristiku potřebné asistence v jednotlivých položkách ADL. Oblasti jako pády v těhotenství, hospitalizace v nemocnici, plánování těhotenství, informovanost o těhotenství, podpora rodiny a blízkých směřuje k určení sociální a psychické podpory.

**Otázky 1-4** jsou čistě demografické. Slouží k získání anamnestických údajů. **Otázky 5 - 6** cílí na plánování a informovanost o těhotenství. Důležitost přípravy na těhotenství zmiňuje Hradilová (2023). **Otázka číslo 7** se zaměřuje na podporu ze strany rodiny a blízkých. Tuto oblast považuje několik autorů za důležitou při péči o těhotnou ženu s míšní lézí (Camune, 2013; Hradilová, 2023).



Tabulka 2.1 *Otázky první části dotazníku*

<b>(o.č. 1) Věk</b>	<b>(o.č. 8,9) Potřeba asistence v těhotenství</b>
<b>(o.č.2) Typ míšňí léze</b>	<b>(o.č. 10) Pády v těhotenství</b>
<b>(o.č.3) Počet těhotenství</b>	<b>(o.č. 11) Hospitalizace v nemocnici</b>
<b>(o.č. 4) Uplynulá doba od porodu</b>	<b>(o.č. 12) Péče zdravotních a jiných odborností</b>
<b>(o.č. 5) Plánování těhotenství</b>	<b>(o.č. 13) Komplikace spojené s míšňí lézí před těhotenstvím</b>
<b>(o.č. 6) Informovanost o těhotenství</b>	<b>(o. č. 14-21) Vyprazdňování moči a stolice</b>
<b>(o.č. 7) Podpora rodiny a blízkých</b>	<b>(o. č. 22) ADL a asistence</b>

**Otázky 8-9** se orientují na asistenci s cílem zjistit, jestli žena podporu využívá, případně o jaký typ se jedná. Více je tato problematika a možnosti asistence popsána v *kap. 1.3.1*. Pády a hospitalizace, které zahrnují **otázky 10-11**, se jeví jako častější jev v průběhu těhotenství, což popisují Robertson a Ashworth (2022). Otázka **číslo 13** se zaměřuje na komplikace spojené s míšňí lézí. Specifika komplikací, které se pojí k těhotenství u žen s míšňí lézí a jejich rizika jsou popsány výše v *kap. 1.2.3*.

**Otázky 14-21** cílí na vyprazdňování moči a stolice. Tyto otázky jsou umístěné v první část z důvodu širokého rozsahu problematiky a celkového obsahu. Faltýnková (2012) a Hladíková (2021) uvádějí vyprazdňování jako jednu z aktivit, při kterých dochází k zhoršení v průběhu těhotenství a je vhodné a důležité ji dopředu plánovat před otěhotněním.

Položky v **otázce číslo 22** vycházejí ze standardizovaného nástroje SCIM (Česká společnost pro míšňí léze, nedatováno), který se využívá u lidí s poškozením míchy při hodnocení ADL. Obsahuje část zaměřenou na sebeobsahu, dýchání a ovládání svěračů, mobilitu v místnosti a na toaletě a mobilitu v interiéru a exteriéru. V rámci této otázky byly z dotazníku vynechány otázky týkající se dýchání. Naopak byly vloženy navíc následující položky: naložení vozíku do auta, monitorace zdravotního stavu matky a monitorace

zdravotního stavu a pohybů miminka. Uvedení této otázky v první části bylo cíleně pro zjištění oblastí ADL, které žena vykonávala před otěhotněním samostatně, a které vykonávala s asistencí.

**Druhá část zaměřená na první trimestr (otázky 23–33):**

Tato část dotazníku cílí na informace, které se výhradně týkají prvního trimestru. Zahrnují tato témata: komplikace spojené s míšní lézí, intervenci ergoterapeuta, posturu sedu na vozíku, mobilitu a přesuny a asistenci v ADL. Pro lepší přehled jsou uvedeny v *tab. 2.2*.

Tabulka 2.2 Otázky z dotazníku 2–4 část

(o.č. 23, 34, 45) Komplikace spojené s míšní lézí v průběhu těhotenství	(o.č. 28-29,39-40, 50-51) Mechanický/elektrický vozík
(o.č. 24-25, 35-36, 46-47) Intervence s ergoterapeutem	(o.č. 30-32, 41-43, 52-54) Mobilita a přesuny
(o.č. 26-27, 37-38, 48-49) Postura sedu	(o.č. 33,44,55) Asistence a ADL

V této části se dotazník zaměřuje na konkrétní možnosti práce ergoterapeuta. Jedná se o oblasti sedu na vozíku, soběstačnosti v ADL a mobility. Jedna otázka se zaměřuje také na komplikace spojené s míšní lézí pro identifikaci některých komplikací, které mohou mít vliv na soběstačnost ženy. Oblasti ohledně zhoršené mobility a přesunů zmiňují někteří autoři (Iezzoni et al., 2015, Hradilová, 2024).

**Třetí a čtvrtá část zaměřené na druhý a třetí trimestr (otázky 34–55):**

Třetí část dotazníku obsahuje totožné otázky jako druhá část. Zaměřuje se na stejná témata a směřuje k informacím, které se týkají pouze druhého trimestru. Čtvrtá část je obsahově totožná jako druhá a třetí. Zaměřuje se výhradně na informace týkající se třetího trimestru.

**Pátá část (56 otázka):**

V poslední části je poskytnut ženě prostor pro sdílení pocitů, prožitku a dalších oblastí, které je ochotná předat dál. Pro lepší orientaci a usměrnění ženy v odpovědi jsou nabídnuté oblasti, o kterých se může rozepsat. Jedná se například o oblasti, kde cítila, že má nedostatek

informací, nedostatek podpory nebo jakým způsobem těhotenství zasáhlo do jejího života. Dále jak ovlivnilo prožívání běžného dne a další poznatky, které jsou pro ni důležité zmínit.

## 2.4 Kritéria výběru

Účastnice výzkumu v rámci dotazníkového šetření musely splňovat tato kritéria: diagnóza míšní léze, předchozí zkušenost s těhotenstvím po poranění míchy/probíhající gravidita v průběhu výzkumu a užívání mechanického nebo elektrického vozíku.

Do výzkumu byl stanoven minimální počet 10 žen. Podařilo se získat 11 odpovědí. Tento nízký počet byl stanoven z důvodu statisticky malého počtu žen s míšní lézí, které mají zkušenost s těhotenstvím. Více jsou statistické hodnoty popsány v *kap. 1.1.1*. S příkloněním k tomuto faktu se musí brát ohled také na samotné rozhodnutí ženy stát se matkou, což celkový výběr opět zužuje. Stanovená kritéria se podařilo dodržet.

Vzhledem k nízkému počtu respondentek, je riziko při vyhodnocování, že vznikne chyba druhého druhu. Pokud k takové situaci dojde, může se stát, že není možné statisticky prokázat data v souvislostech (Masarykova Univerzita, nedatováno).

## 2.5 Místo sběru dat

Dotazník byl rozeslán prostřednictvím sociálních sítí, internetového webu, e-mailové korespondence a na základě kontaktů vedoucí práce. V rámci šíření dotazníku byl vypracován leták s QR kódem (*viz příloha č. 2*) a s příslušnými informacemi o výzkumu, který sloužil jako primární forma pro odkaz k dotazníku.

Osloveny byly klientky z Centra Paraple a ParaCENTRUM Fenix. Dotazník byl vložen na internetový web Vozejkov.cz. Dále byly osloveny ženy skrze vedoucí práce, Ivu Hradilovou. Sdílení na sociálních sítích proběhlo přes některé facebookové skupiny.

Některé respondentky byly cíleně osloveny pro vyplnění dotazníku z důvodu nízkého počtu. Tento fakt může ovlivnit výsledky práce.

Data byla získávána od března 2024 do dubna 2024 prostřednictvím internetové stránky survio.com. Průměrný čas vyplňování dotazníku byl od 10 min do 60 min.

## 2.6 Postup zpracování práce

Kvantitativní postup výzkumu se skládá z několika částí. V práci je postup popsán podle Juřeníkové (2019), která uvádí 5 částí. Jednotlivé části se v průběhu zpracování práce překrývaly a doplňovaly se navzájem.

### Fáze koncepční

V této fázi došlo k výběru tématu bakalářské práce, které proběhlo v zimním semestru druhého ročníku bakalářského studia. Došlo k seznámení s tématem a vymezení konkrétnější představy o směřování práce. Zároveň začala předběžná teoretická analýza a studium literatury a hledání dostupných zdrojů.

Po nastudování literatury bylo možné začít psát teoretickou část práce. Nejdříve byla popsána obecná problematika míšní léze a specifika těhotenství u žen s míšní lézí. Postupně se popsala ergoterapeutická část, která byla stěžejní pro zpracování dotazníku do praktické části. Při psaní teoretické části jsem využila české i zahraniční zdroje. K překladu zahraniční literatury jsem využila kromě vlastních jazykových znalostí také Google translator a chatGPT.

V koncepční fázi došlo k určení problému. V tomto případě se formuloval hlavní a vedlejší cíl. Z toho vyplývají následující otázky: **V kterých oblastech personálních ADL je žena více závislá při těhotenství oproti době před otěhotněním? Jak se tato závislost mění v průběhu jednotlivých trimestrů? Jakým způsobem se navyšuje potřeba asistence v běžných denních aktivitách? Jakým způsobem může ergoterapeut podpořit ženu během těhotenství? Jakým způsobem těhotenství zasahuje do života ženy?**

### Fáze návrhů a plánování

V této fázi došlo ke stanovení kritérií zkoumaného objektu (*viz kap. 2.4*) a k samotnému zpracování dotazníku (*viz kap. 2.3*). Následně byl konzultován s hlavní ergoterapeutkou z Centra Paraple a po úpravách poslán Etické komisi Centra Paraple ke schválení (proběhlo 27.2. 2024). Během prostoru, kdy měla komise čas na vyjádření došlo ke studiu literatury o statistickém vyhodnocování dat a metodologii práce.

### **Fáze empirická**

Dotazník byl distribuován v březnu 2024 a sběr dat skončil v dubnu 2024. Přesné postupy rozeslání jsou uvedené v *kap. 2.5*. Dotazník byl rozeslán ve dvou fázích s časovým rozestupem okolo jednoho měsíce. V prvním běhu byla návratnost přesně 50 %. Dotazník si zobrazilo 16 respondentek a z toho ho 8 vyplnilo a 8 nedokončilo. V druhém běhu byla návratnost 23,1 %. 3 respondentky dotazník vyplnily a 10 respondentek ho nedokončilo. Celková návratnost je tak 37,9 %.

### **Fáze analytická**

Po získání dat z dotazníku došlo k jejich statistickému vyhodnocení. Dotazník byl zpracován v internetové stránce *survio.com*, která zároveň nabízí analytické zpracování. Samotná data byla zpracována přes *Microsoft Excel* a vytvořeny grafy pro přehlednou interpretaci výsledků. V případě odpovědí z otevřených otázek, došlo k jejich zpracování pomocí kódovacích prvků (Hendl, 2016).

Po zpracování dat následoval popis výsledků a hodnocení hypotéz. Následně byla napsána diskuze a závěr práce. Na závěr došlo ke kontrole práce z hlediska jazykové a grafické stránky.

### **Fáze diseminační**

Poslední fáze zahrnuje interpretaci výsledků a zveřejnění výzkumu.

## 2.7 Předpoklady

V následující kapitole jsou uvedené předpoklady, které byly zpracované na základě teoretické části, z které práce vychází.

**P1:** Žena se stává více závislou při těhotenství oproti době před otěhotněním. Především v oblastech přesunů, mobility, vyprazdňování moči, stolice a aktivitách vyžadující předklon.

**P2:** Závislost a potřeba asistence nebo odlišné strategie se navyšuje během těhotenství a je nejvyšší během druhého a třetího trimestru.

**P3:** Během těhotenství se zhoršuje vyprazdňování moči a stolice. To má za následek nutnost přejít na jiný typ způsobu vyprazdňování. Nejčastěji k této výměně dochází ve druhém/třetím trimestru.

**P4:** Ergoterapeut může ženu podpořit v oblasti péči o dítě, nácviku ADL, úpravě vozíku a sedu na vozíku. Práci ergoterapeuta lze podle toho rozdělit podle jednotlivých trimestrů.

## 2.8 Výsledky

Následující kapitole jsou uvedené výsledky z předpokladů. Obecné informace získané z dotazníku jsou uvedené v *příloze č. 3*.

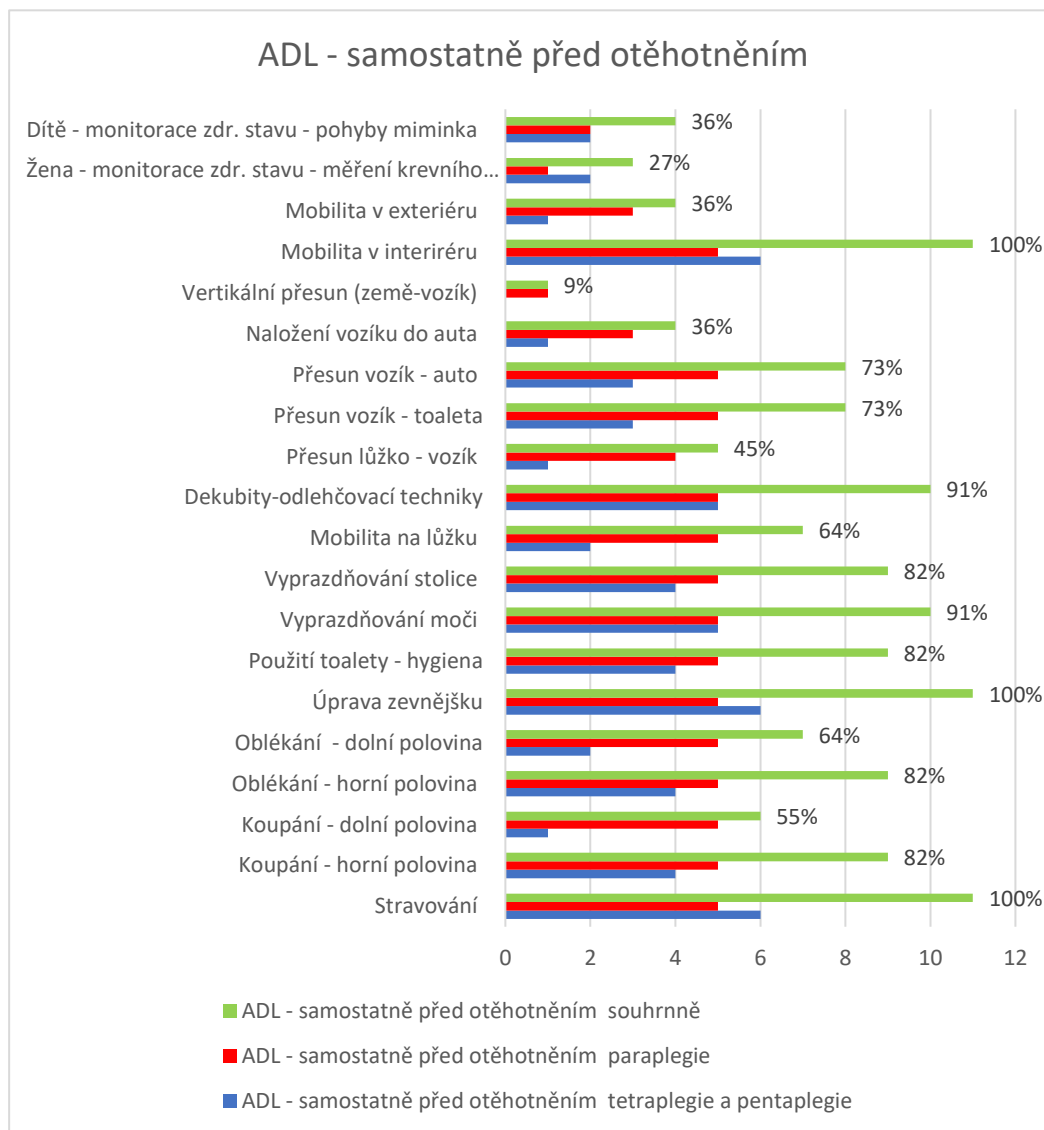
V následujících grafech jsou uvedené výsledky souhrnně a s rozdělením podle výšky léze. Toto rozdělení je z důvodu lepší představy o stavu ženy. Výsledky mohou být odlišné, pokud má žena omezenou hybnost rukou nebo ne. Do skupiny tetraplegie a pentaplegie byla zahrnuta také jedna respondentka s tetraparézou.

*V příloze č. 3* je uvedený celý dotazník s odpověďmi ve shodném sledu, v jakém byly otázky pokládány.

## 2.8.1 Výsledky předpokladů

P1: Žena se stává více závislou při těhotenství oproti době před otěhotněním. Především v oblastech přesunů, mobility, vyprazdňování moči, stolice a aktivitách vyžadujících předklon.

Graf 2.1 ADL – samostatně před otěhotněním

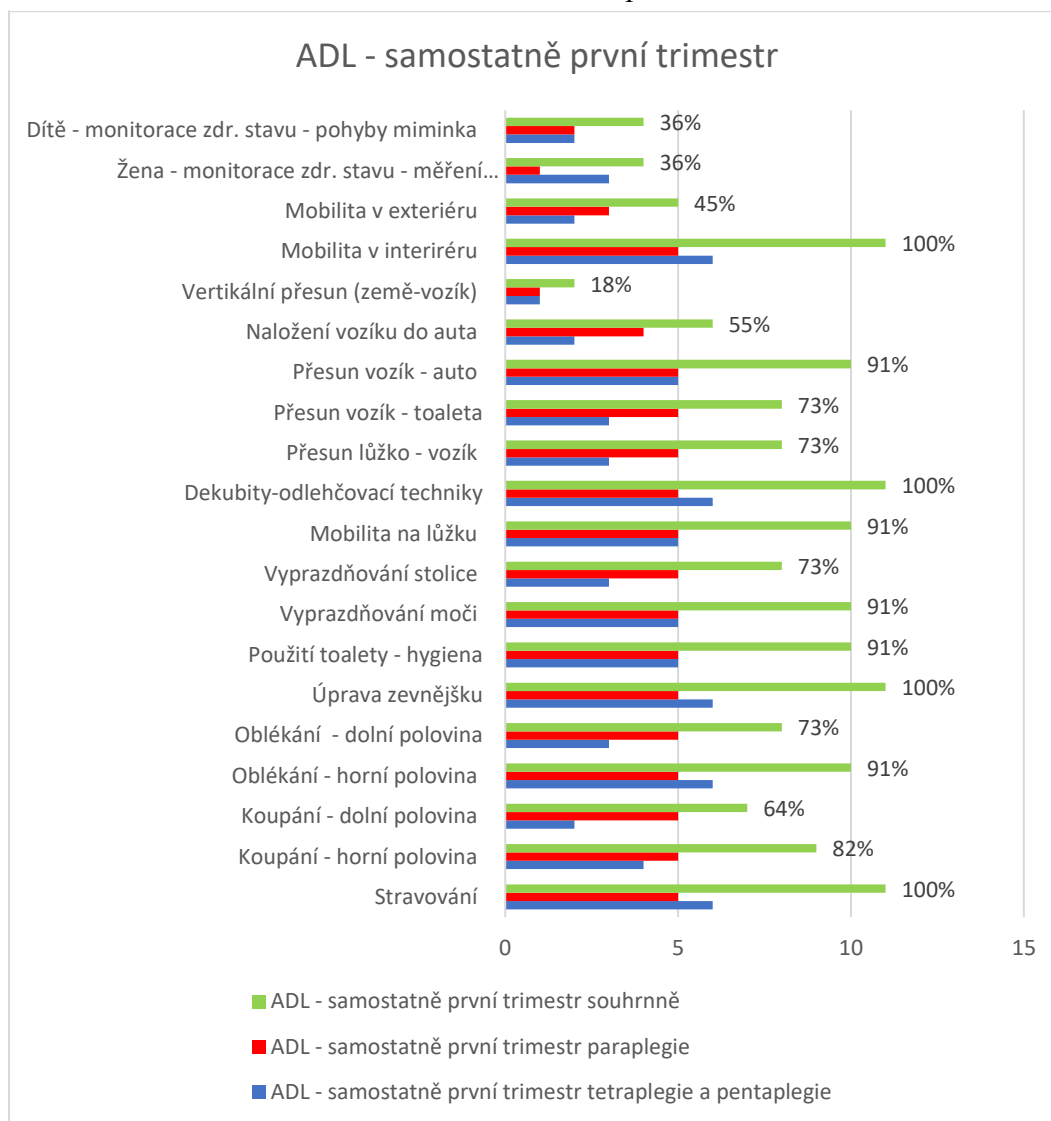


Graf 2.1 popisuje samostatné vykonávání aktivit před otěhotněním. Nejvíce problematickými položkami jsou vertikální přesun (pouze 9 % žen ho vykonává samostatně), monitorace zdravotního stavu ženy (27 %), monitorace zdravotního stavu miminka, mobilita v exteriéru a naložení vozíku do auta (obě 36 %).



Dalšími problematickými oblastmi jsou přesun lůžko – vozík (45 %), koupání dolní poloviny (55 %), mobilita na lůžku (64 %) a oblékání dolní polovina (64 %).

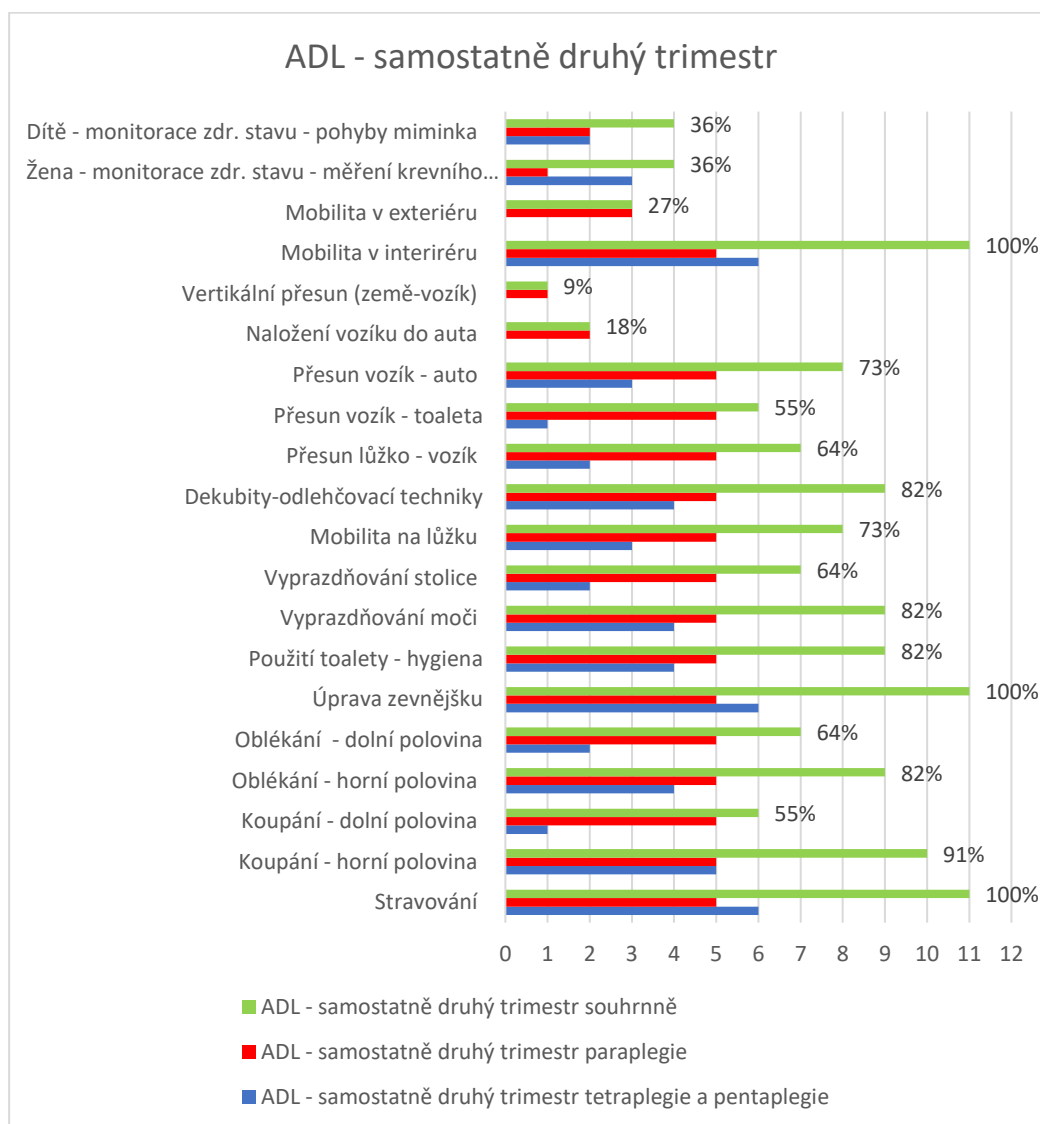
Graf 2.2 ADL – samostatně první trimestr



Graf 2.2 popisuje samostatné vykonávání položek v průběhu prvního trimestru. Nejvíce problematické se ukazuje vertikální přesun (18 %), monitorace zdravotního stavu ženy (36 %) a miminka (36 %), mobilita v exteriéru (45 %) a naložení vozíku do auta (55 %).

Dalšími problematickými oblastmi jsou koupání dolní polovina (64 %), přesun vozík – toaleta (73%), přesun lůžko – vozík (73%), vyprazdňování stolice (73%) a oblékání dolní polovina (73%).

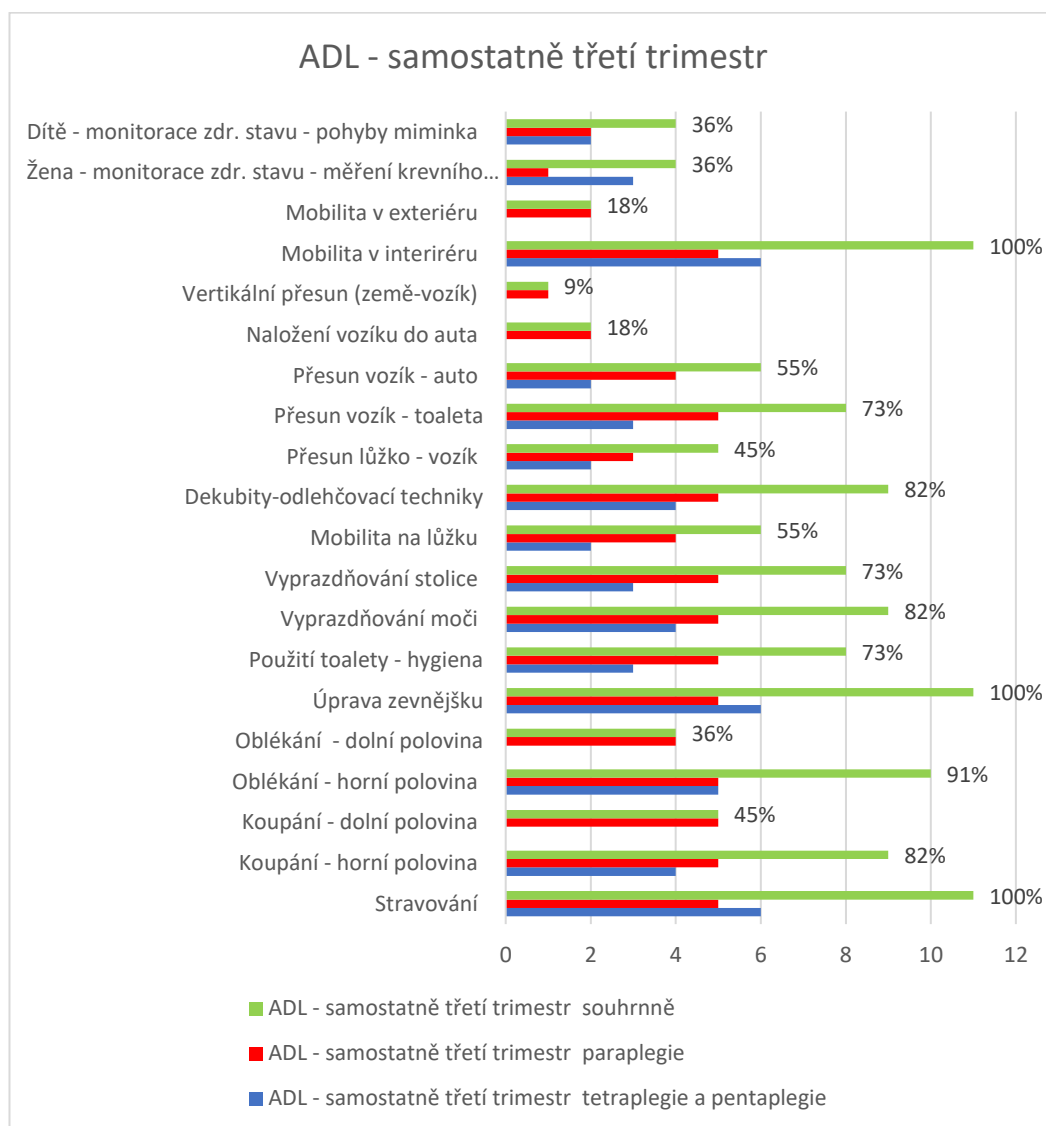
Graf 2.3 ADL – samostatně druhý trimestr



Graf 2.3 popisuje položky ADL, které respondentky zvládají v průběhu druhého trimestru samostatně. Nejvíce problematickými oblastmi jsou vertikální přesun (9 %), naložení vozíku do auta (18 %), mobilita v exteriéru (27 %), monitorace zdravotního stavu ženy (36 %) a miminka (36 %).

Dalšími problematickými oblastmi jsou přesun vozík – toaleta (55 %), koupání dolní polovina (55 %), přesun lůžko vozík (64 %), vyprazdňování stolice (64 %) a oblékání dolní polovina (64 %).

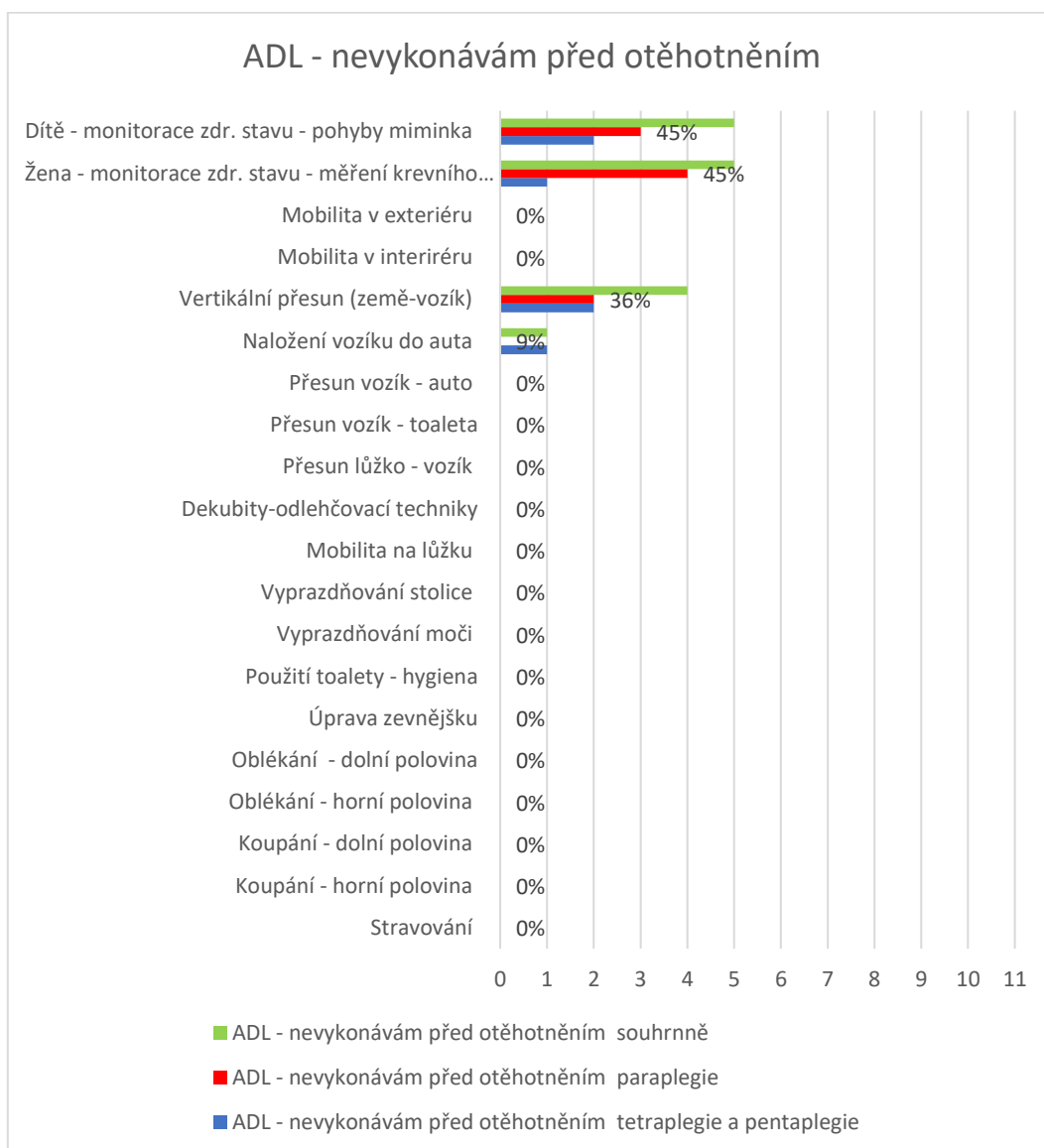
Graf 2.4 ADL – samostatně třetí trimestr



Graf 2.4 popisuje položky ADL, které ženy vykonávaly samostatně v průběhu třetího trimestru. Nejvíce problematické oblasti jsou vertikální přesun (9 %), mobilita v exteriéru (18 %), naložení vozíku do auta (18 %), monitorace zdraví ženy a miminka (obě 36 %).

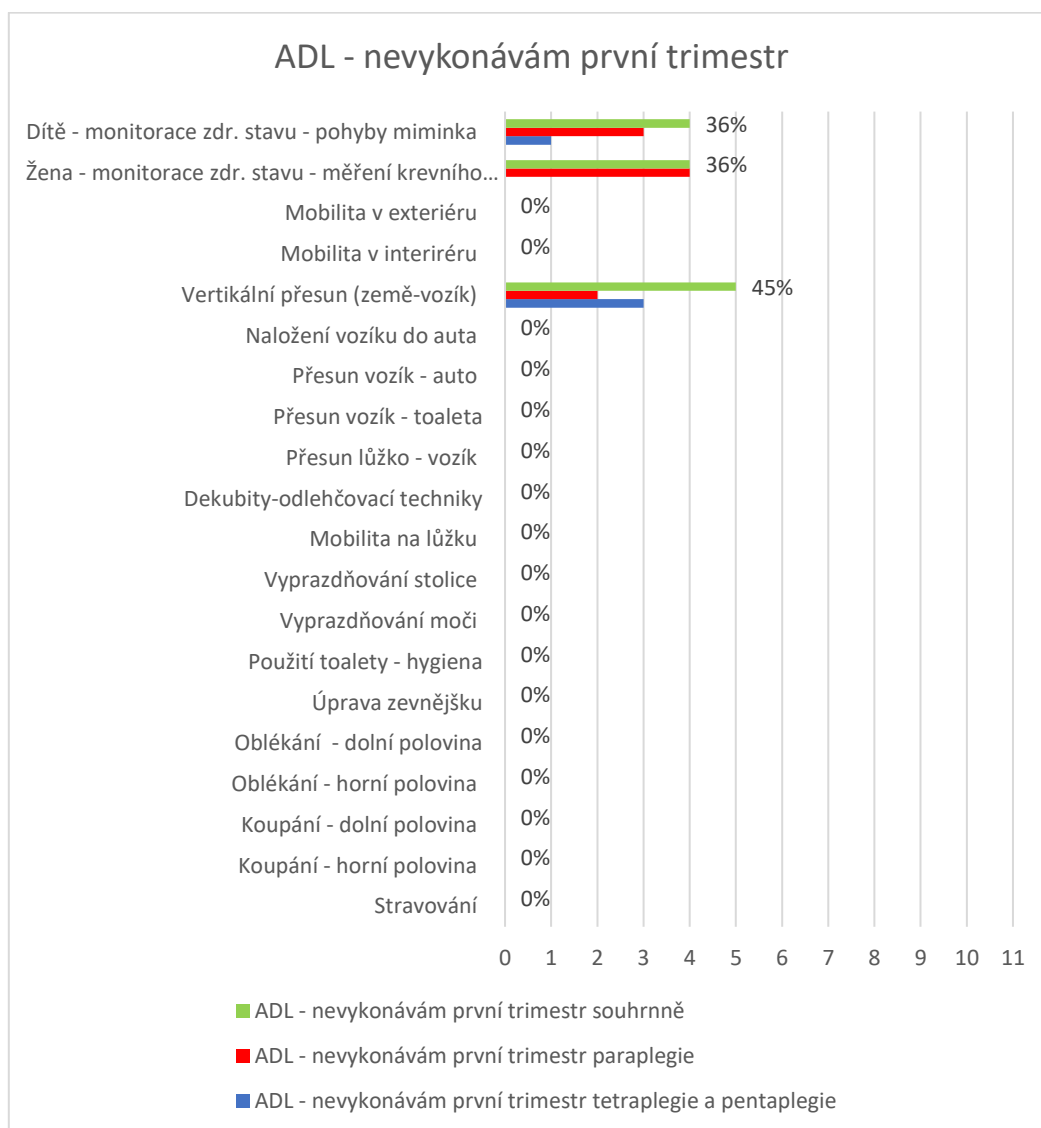
Dalšími problematickými oblastmi jsou oblékání dolní poloviny (36 %), koupání dolní polovina (45 %), přesun lůžko – vozík (45 %), mobilita na lůžku (55 %), přesun vozík – auto (55 %), přesun vozík toaleta (73 %), vyprazdňování stolice (73 %), použití toalety (73 %).

Graf 2.5 ADL – nevykonávám před otěhotněním



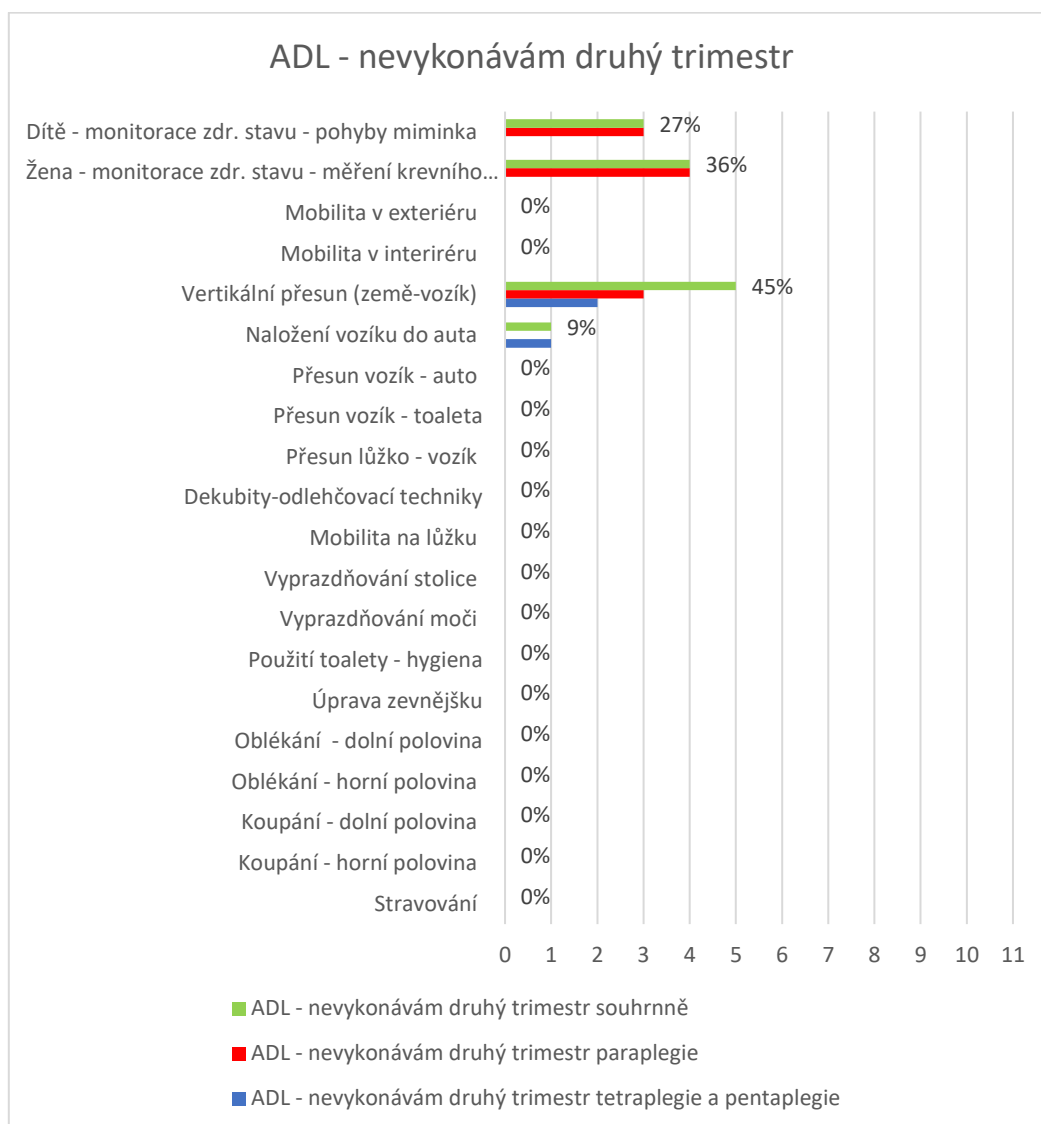
Graf 2.5 zobrazuje aktivity, které respondentky nevykonávaly před těhotenstvím. Jednalo se o monitoraci zdravotního stavu ženy (45 %) a miminka (45 %), vertikální přesun (36 %) a naložení vozíku do auta (9 %).

Graf 2.6 ADL – nevykonávám první trimestr



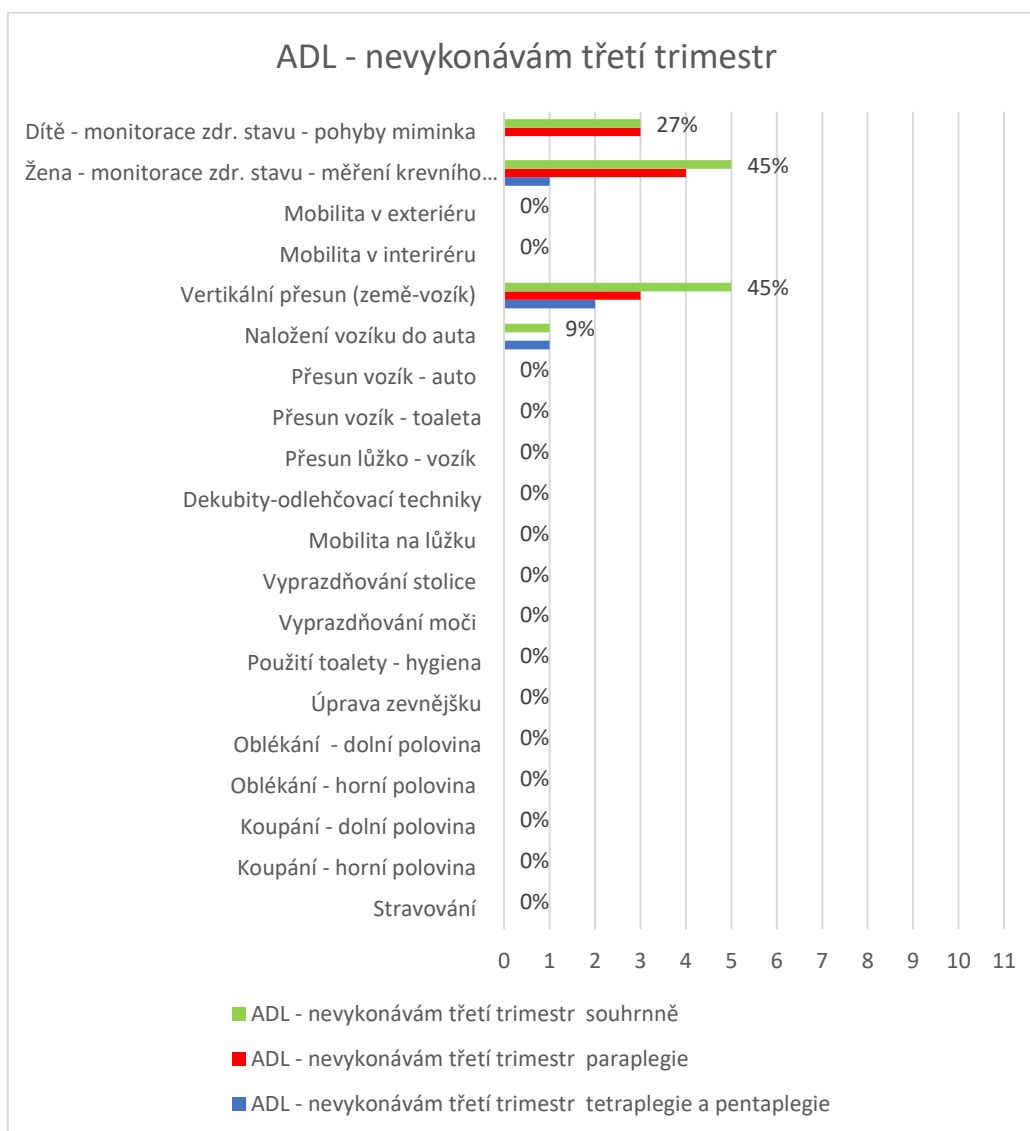
Graf 2.6 zobrazuje aktivity, které respondentky nevykonávaly během prvního trimestru. Jednalo se o monitoraci zdravotního stavu ženy (36 %) a miminka (36 %) a vertikální přesun (45 %).

Graf 2.7 ADL – nevykonávám druhý trimestr



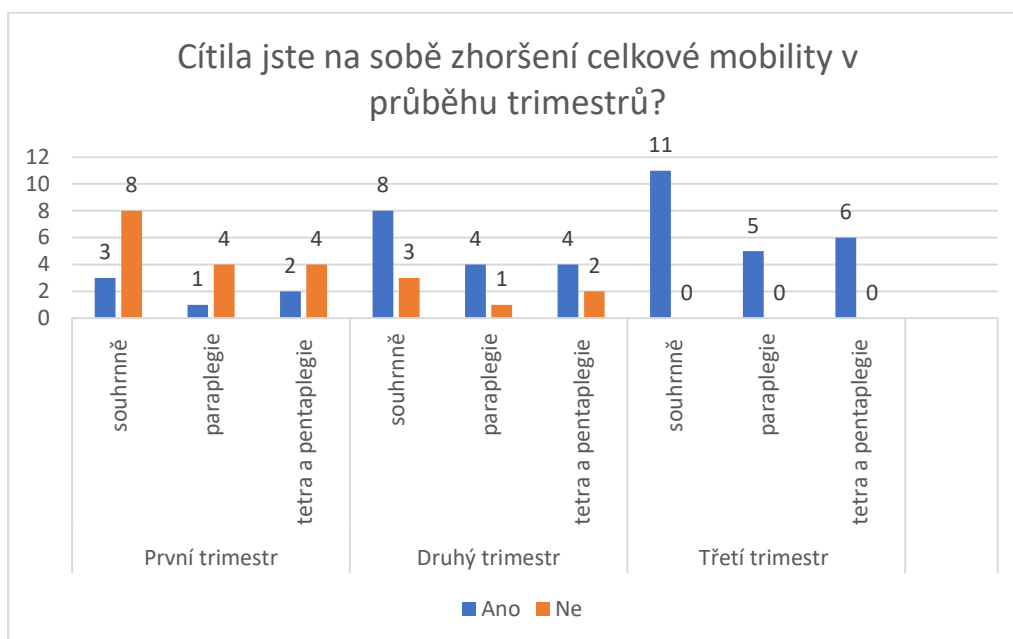
Graf 2.7 zobrazuje položky, které ženy nevykonávaly během druhého trimestru. Jednalo se o naložení vozíku do auta (9 %), monitoraci zdravotního stavu miminka (27 %), monitorace zdravotního stavu ženy (36 %) a vertikální přesun (45 %).

Graf 2.8 ADL – nevykonávám třetí trimestr



Graf 2.8 zobrazuje položky, které ženy nevykonávaly během třetího trimestru. Jednalo se o naložení vozíku do auta (9 %), monitorace zdravotního stavu miminka (27 %), monitorace zdravotního stavu ženy (45 %) a vertikální přesun 45 %).

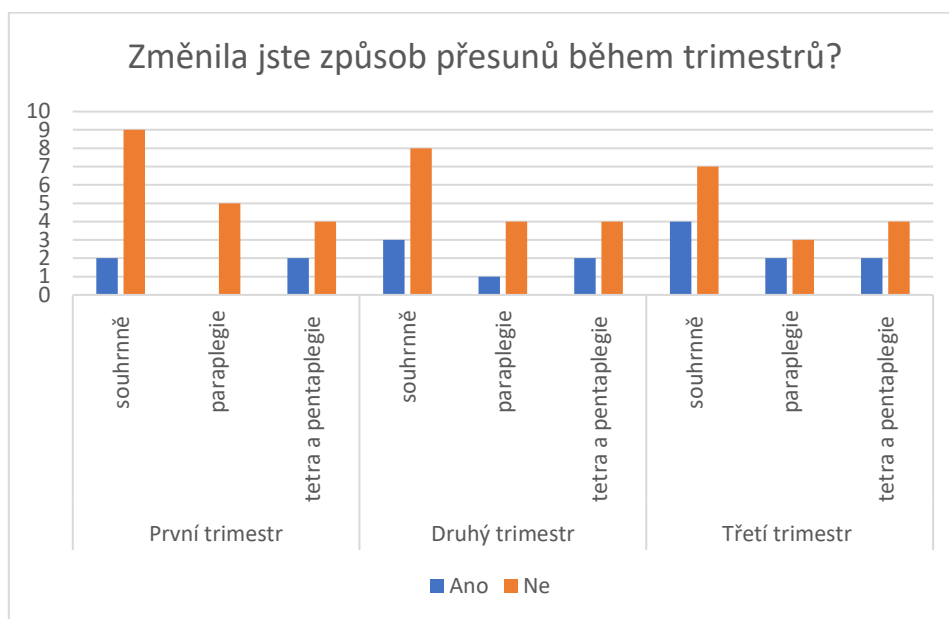
Graf 2.9 Zhoršení mobility



Z grafu 2.9 je jednoznačně patrné, že dochází ke zhoršení mobility v průběhu trimestrů. V prvním trimestru uvedly zhoršení mobility 3 ženy (27,3 %). Ve druhém trimestru 8 žen (72,7 %). A ve třetím 11 žen (100 %). Některé respondentky uvádějí i konkrétní příklady důvodů zhoršené mobility. Obecně lze shrnout tyto důvody následovně: únava, slabost, růst hmotnosti a břicha. Přesuny byly náročnější z důvodu časového, snížené rychlosti a vyšší opatrnosti.

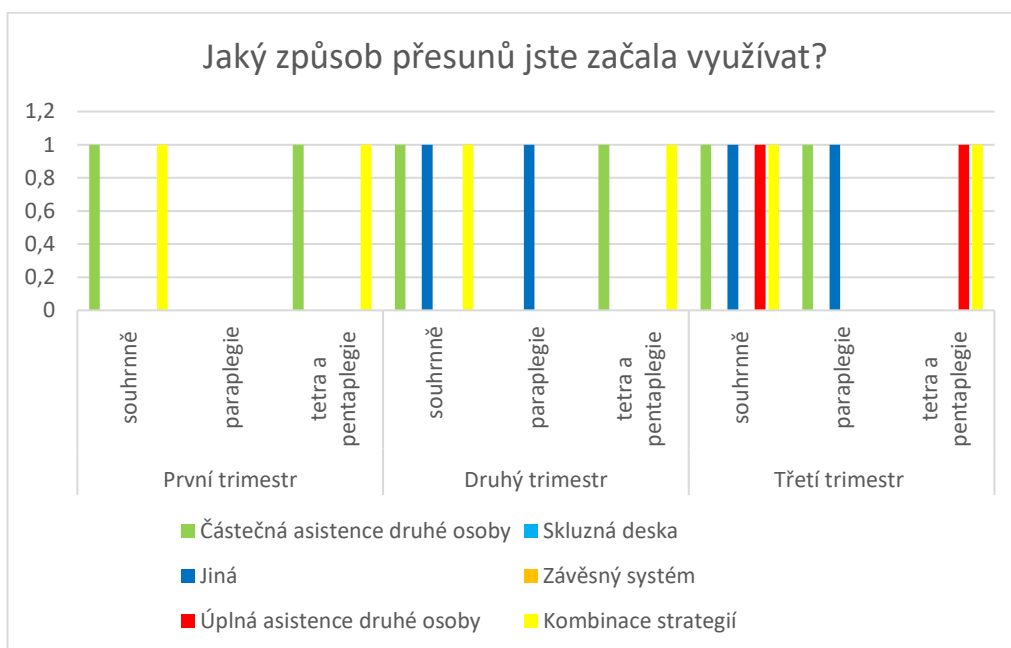


Graf 2.10 Změna způsobu přesunů v jednotlivých trimestrech



Graf 2.10 popisuje změny způsobů a strategií přesunů v průběhu těhotenství. V prvním trimestru přešlo na jiný způsob přesunů 18,2 % žen. Ve druhém trimestru 27,3 %. A ve třetím 36,4 %. Je tedy patrné, že s postupem těhotenství přešlo k jinému způsobu přesunů více žen. V žádném trimestru však nebyl většinový a nedosáhl ani na polovinu respondentek. Ve většině případů ženy nemusely měnit způsob přesunů na jiný, než který využívaly před otěhotněním.

Graf 2.11 Nové strategie přesunů



Ženy, které přešly v průběhu těhotenství na jiný způsob přesunů odpovídaly na otázku, kterou zobrazuje *graf 2.11*. Nejčastěji využívaly ženy částečnou asistenci druhé osoby (33,3 %) nebo kombinace jednotlivých strategií (33,3 %). Kombinaci strategií využily přesně 3 ženy (33,3 %). Ve dvou případech se jednalo o kombinace skluzné desky a částečné asistence a v jednom případě se jednalo o kombinaci částečné asistence a jiné strategie (zvýšená opatrnost a preventivně dopomoc).

Některé ženy uvádějí, že zhoršená mobilita zasáhla do aktivit běžného dne. Obecně lze tyto aktivity shrnout takto: přesuny, mobilita v exteriéru, péče o sebe, koordinace pohybů.

Tabulka 2.3 Souhrn problematických položek

	Před otěhotněním	První trimestr	Druhý trimestr	Třetí trimestr
<b>Mobilita v exteriéru</b>	36 %	45 %	27 %	18 %
<b>Oblékání dolní polovina</b>	64 %	74 %	64 %	36 %
<b>Koupání dolní polovina</b>	55 %	64 %	55 %	45 %
<b>Přesun vozík – toaleta</b>	73 %	74 %	55 %	73 %
<b>Přesun lůžko – vozík</b>	45 %	74 %	64 %	45 %
<b>Vyprazdňování stolice</b>	82 %	74 %	64 %	73 %
<b>Mobilita na lůžku</b>	64 %	91 %	73 %	55 %
<b>Přesun vozík – auto</b>	73 %	91 %	73 %	55 %
<b>Použití toalety</b>	82 %	91 %	82 %	73 %

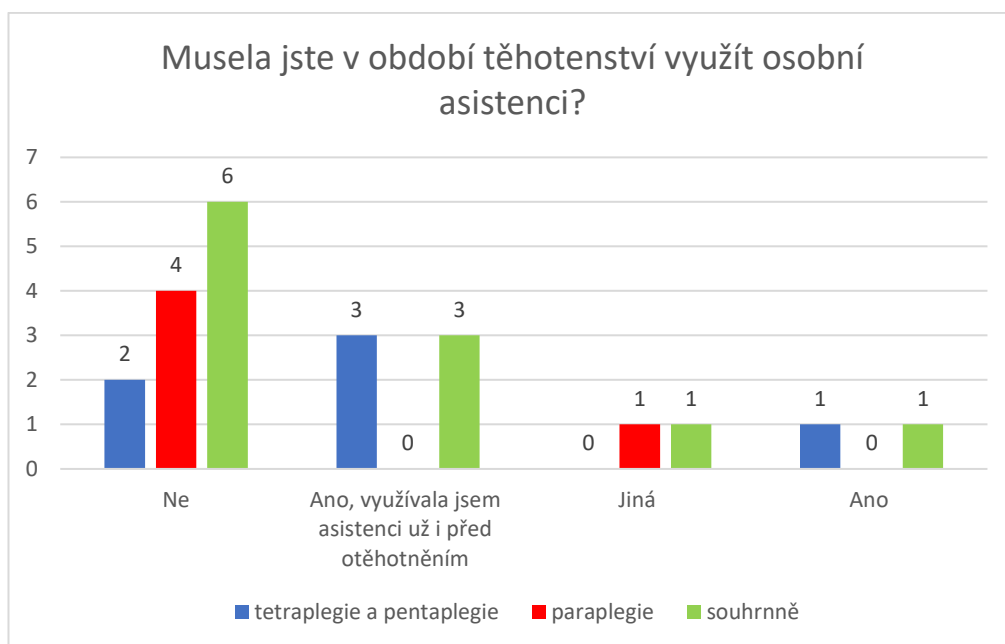
do 30 % - vysoké riziko, 30-60 % mírné riziko, více než 60 % - žádné/mírné riziko

V tabulce 2.3 jsou vybrány neproblematictější položky, které ukazují předchozí grafy (2.1 – 2.11) popisující samostatně vykonávané činnosti. Zobrazeno je porovnání s dobou před otěhotněním. Jednotlivé hodnoty jsou označeny barevně. Červená znamená vysoké riziko snížené soběstačnosti u dané položky, žlutá střední riziko a zelená žádné/mírné. Z výběru byly vyloučeny položky, u kterých respondentky uvedly, že je nevykonávají.

Ve většině je nižší procentuální zastoupení před otěhotněním. Procenta s postupem klesají, což ukazuje pokles soběstačnosti a navýšení dopomoci.

**P2:** Závislost a potřeba asistence nebo odlišné strategie se navyšuje během těhotenství a je nejvyšší během druhého a třetího trimestru.

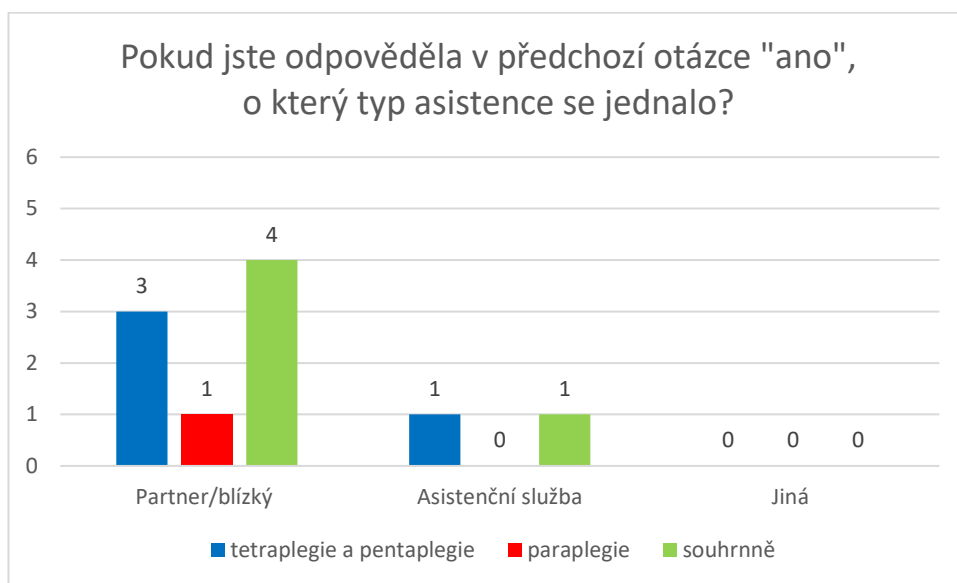
Graf 2.12 *Osobní asistence*



Graf 2.12 uvádí potřebu osobní asistence. 6 (54,5 %) respondentek uvedlo, že nemuselo využít osobní asistenci, kterou je myšlena buď asistenční služba nebo rodinný příslušník/známý. Zbýlých 5 (45,5 %) respondentek ji využilo.

27,7 % respondentek využívalo asistenci už před otěhotněním (ve všech případech se jednalo o tetraplegii nebo pentaplegii). Z respondentek, které odpověděly „ne“ bylo 66,67% ženy s paraplegií.

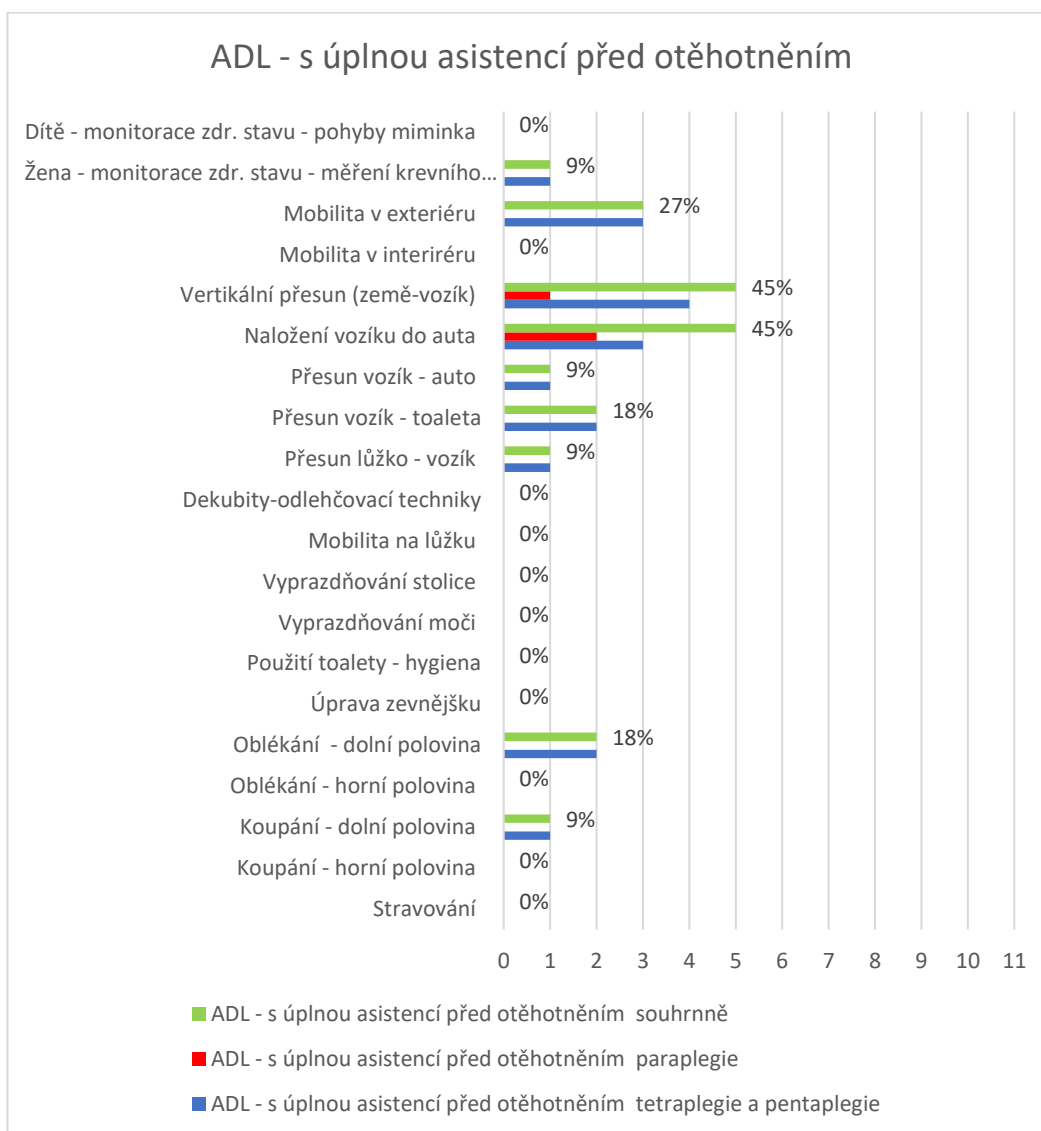
Graf 2.13 Typ asistence



80 % respondentek, které využilo asistenci v průběhu těhotenství uvedlo, že se jednalo o partnera nebo blízkou osobu. 20 % respondentek využila asistenční službu. Dané informace jsou uvedené na *grafu 2.13*.

Asistenci využilo 25 % žen s paraplegií. 75 % zahrnovaly ženy s tetraplegií nebo pentaplegií.

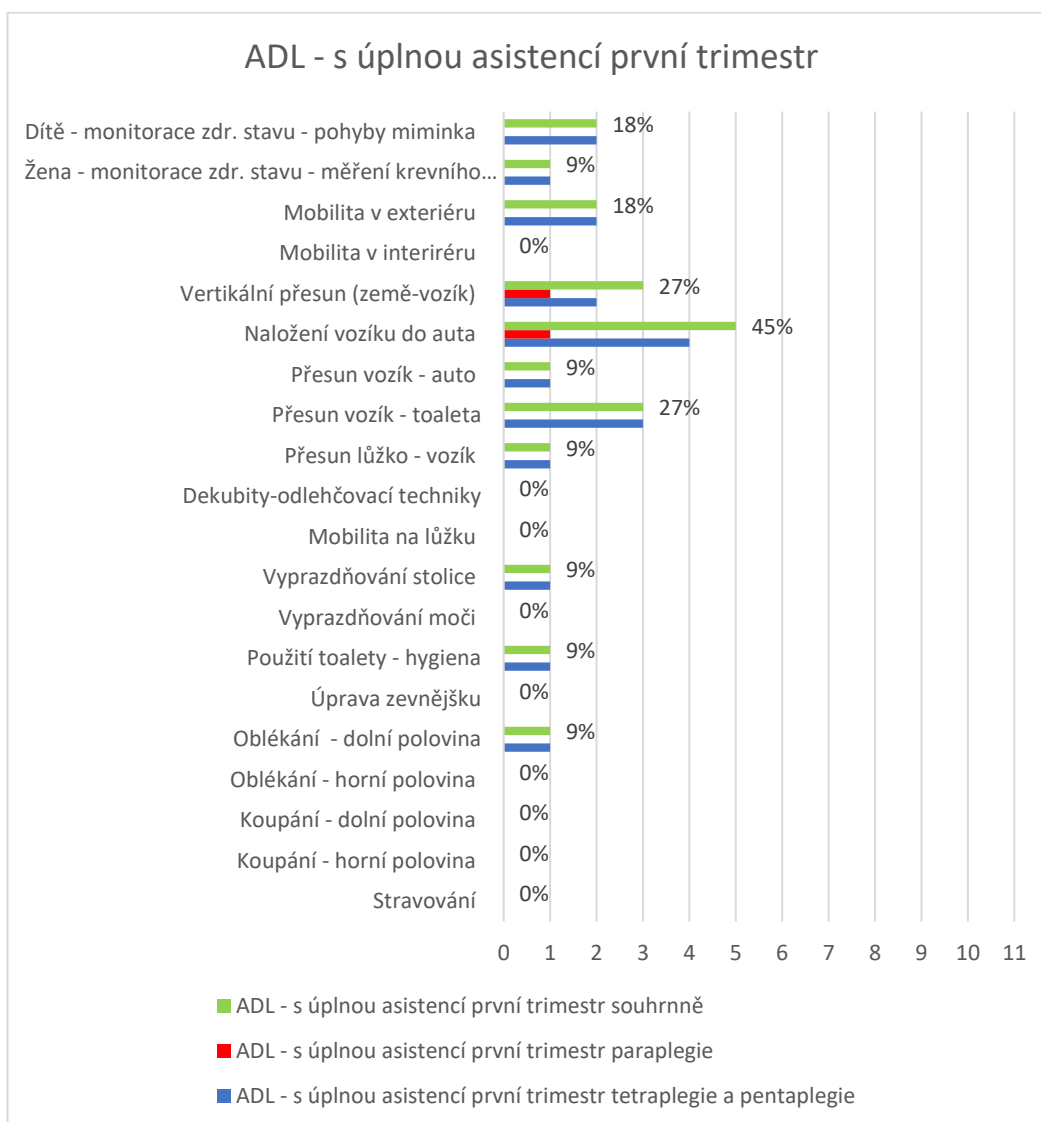
Graf 2.14 ADL – úplná asistence před otěhotněním



Na grafu 2.14 jsou uvedené položky ADL, které ženy vykonávaly s úplnou asistencí před otěhotněním. Nejvíce respondentky uvádějí vertikální přesun (45 %), naložení vozíku do auta (45 %) a mobilita v exteriéru (27 %).

Mezi další položky patří přesun vozík – toaleta (18 %), oblékání dolní polovina (18 %), monitorace zdravotního stavu ženy (9 %), koupání – dolní polovina (9 %), přesun vozík – auto (9 %) a přesun lůžko – vozík (9 %).

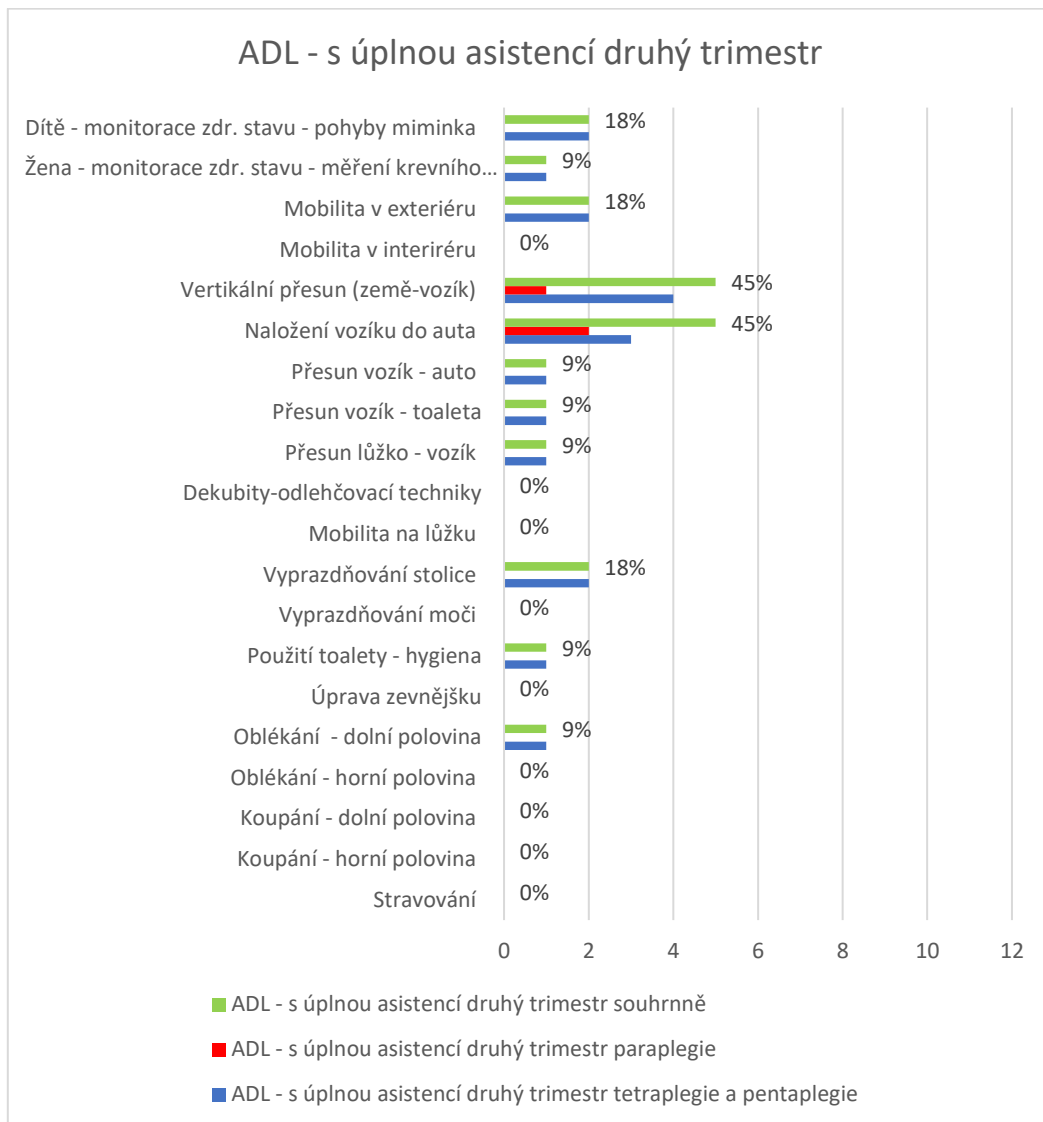
Graf 2.15 ADL – úplná asistence první trimestr



Graf 2.15 zobrazuje položky ADL, u kterých ženy využívaly asistenci během prvního trimestru. Jednalo se o naložení do auta (45 %), vertikální přesun (27 %), přesun vozík – toaleta (27 %).

Dalšími položkami s potřebou úplné asistence je mobilita v exteriéru (18 %), monitorace zdravotního stavu miminka (18 %). U 81 % aktivit, u kterých je uvedena úplná asistence, byla využita ženami s tetraplegií nebo pentaplegií.

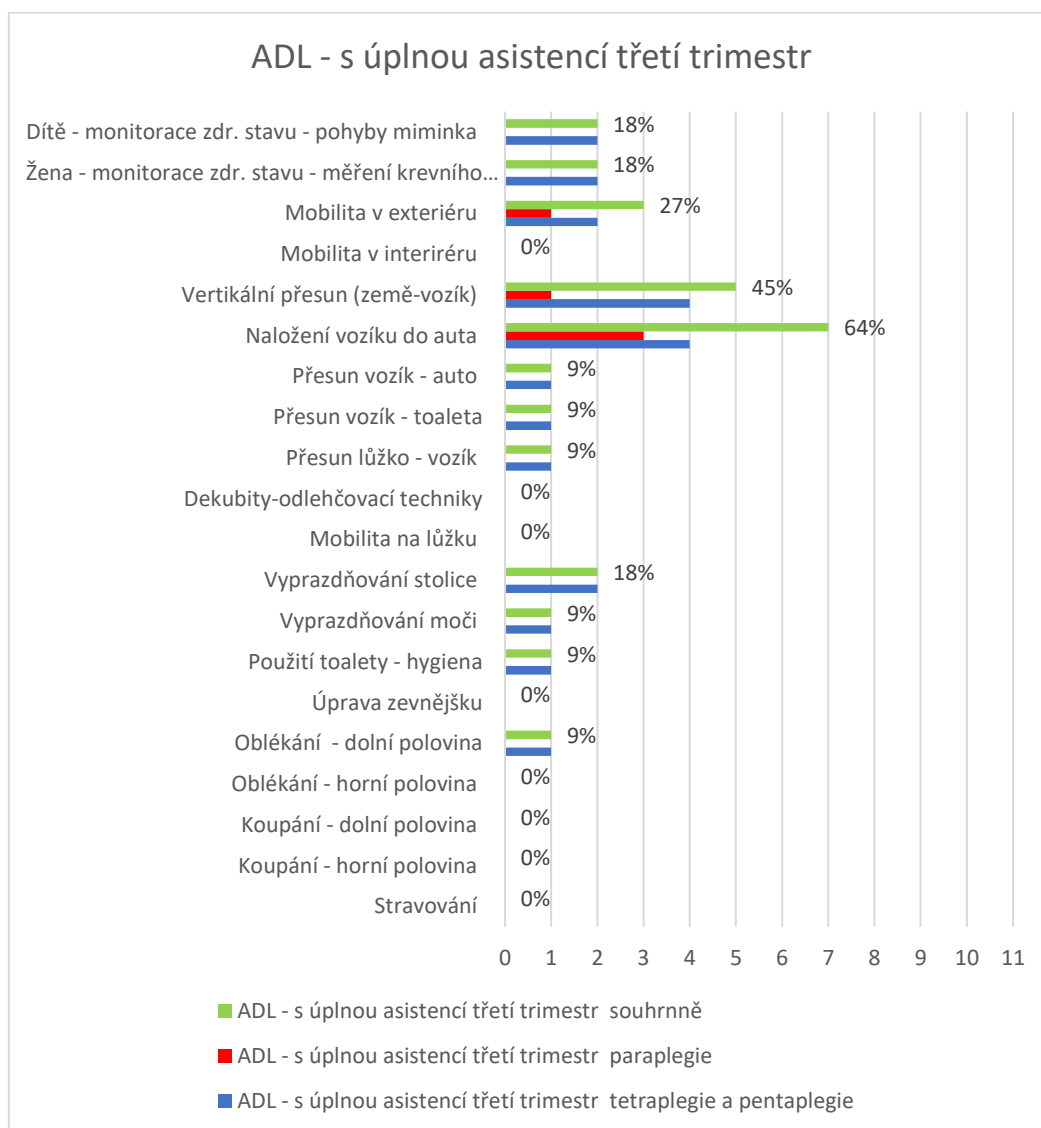
Graf 2.16 ADL – úplná asistence druhý trimestr



Graf 2.16 zobrazuje položky ADL, u kterých byla potřeba úplná asistence v průběhu druhého trimestru. Nejvíce byla využívána u položek vertikální přesun (45 %), naložení vozíku do auta (45 %), monitorace zdravotního stavu miminka (18 %), mobilita v exteriéru (18 %) a vyprazdňování stolice (18 %). U 81 % aktivit, u kterých je uvedena úplná asistence, byla využita ženami s tetraplegií nebo pentaplegií.

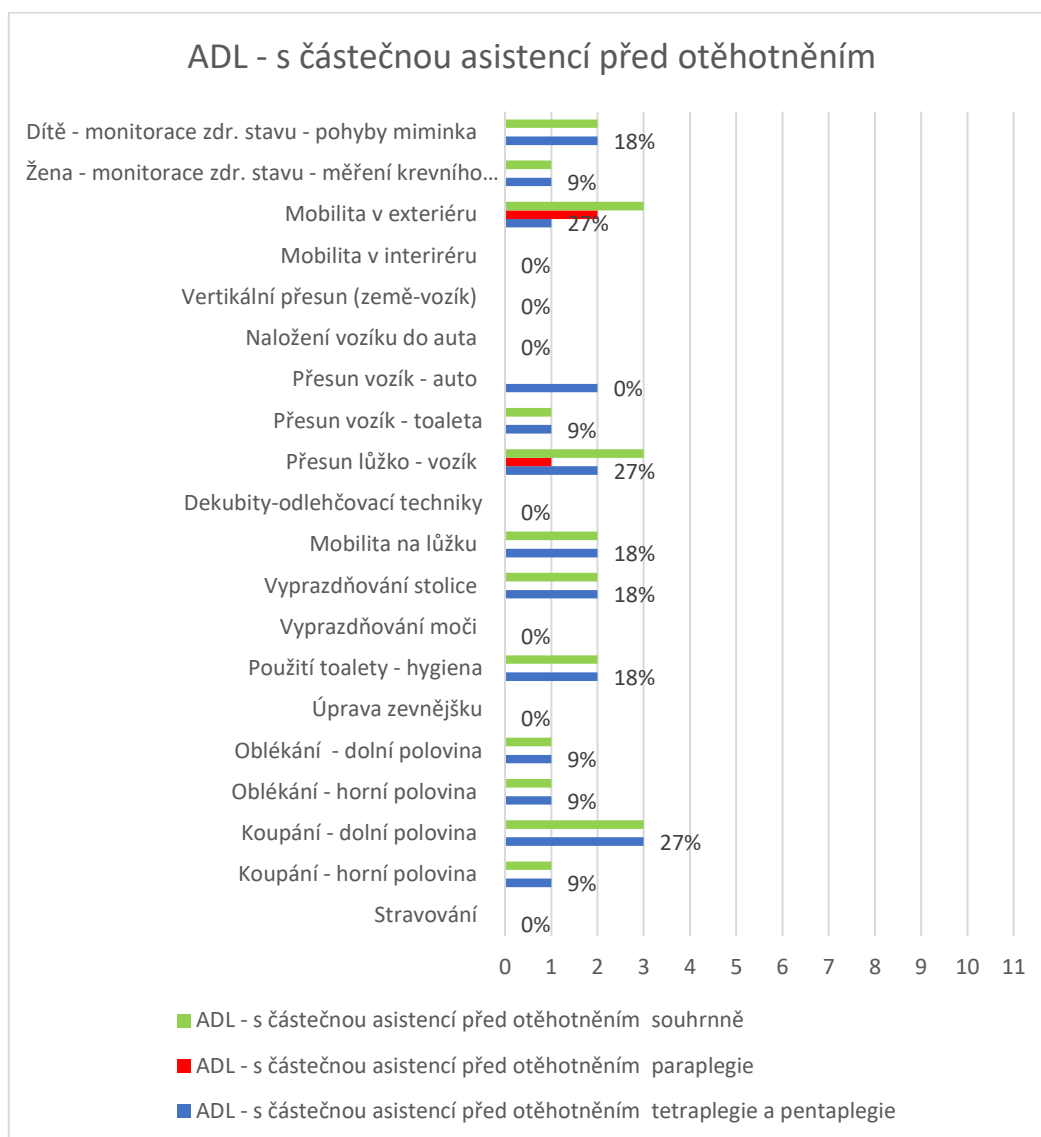


Graf 2.17 ADL – úplná asistence třetí trimestr



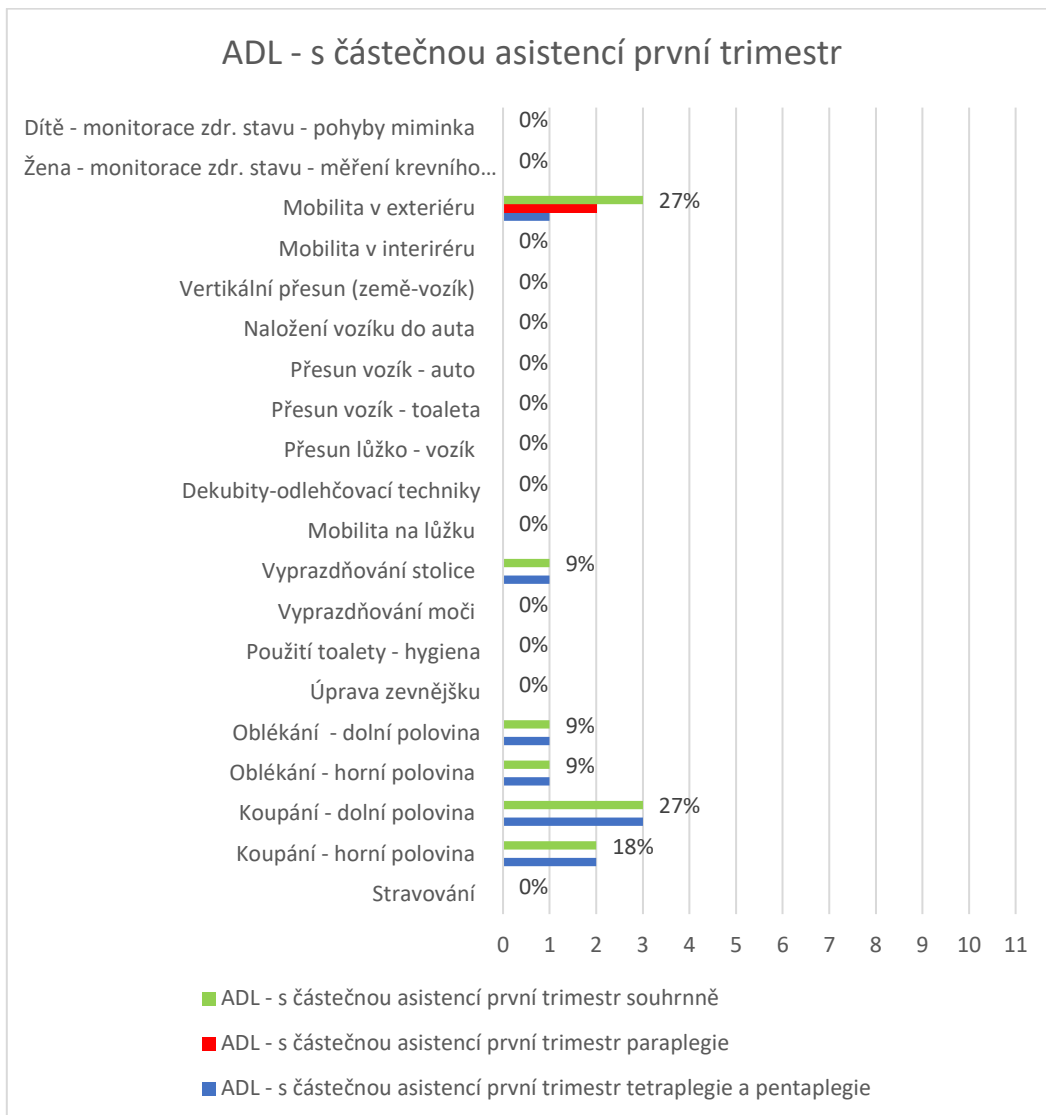
Graf 2.17 zobrazuje položky ADL, u kterých ženy využívaly úplnou asistenci v průběhu třetího trimestru. Nejčastěji se jednalo o naložení vozíku do auta (64 %), vertikální přesun (45 %), mobilitu v exteriéru (27 %), monitoraci zdravotního stavu ženy (18 %) a miminka (18 %) a vyprazdňování stolice (18 %). U 75 % aktivit, u kterých je uvedena úplná asistence, byla využita ženami s tetraplegií nebo pentaplegií.

Graf 2.18 ADL – částečná asistence před otěhotněním



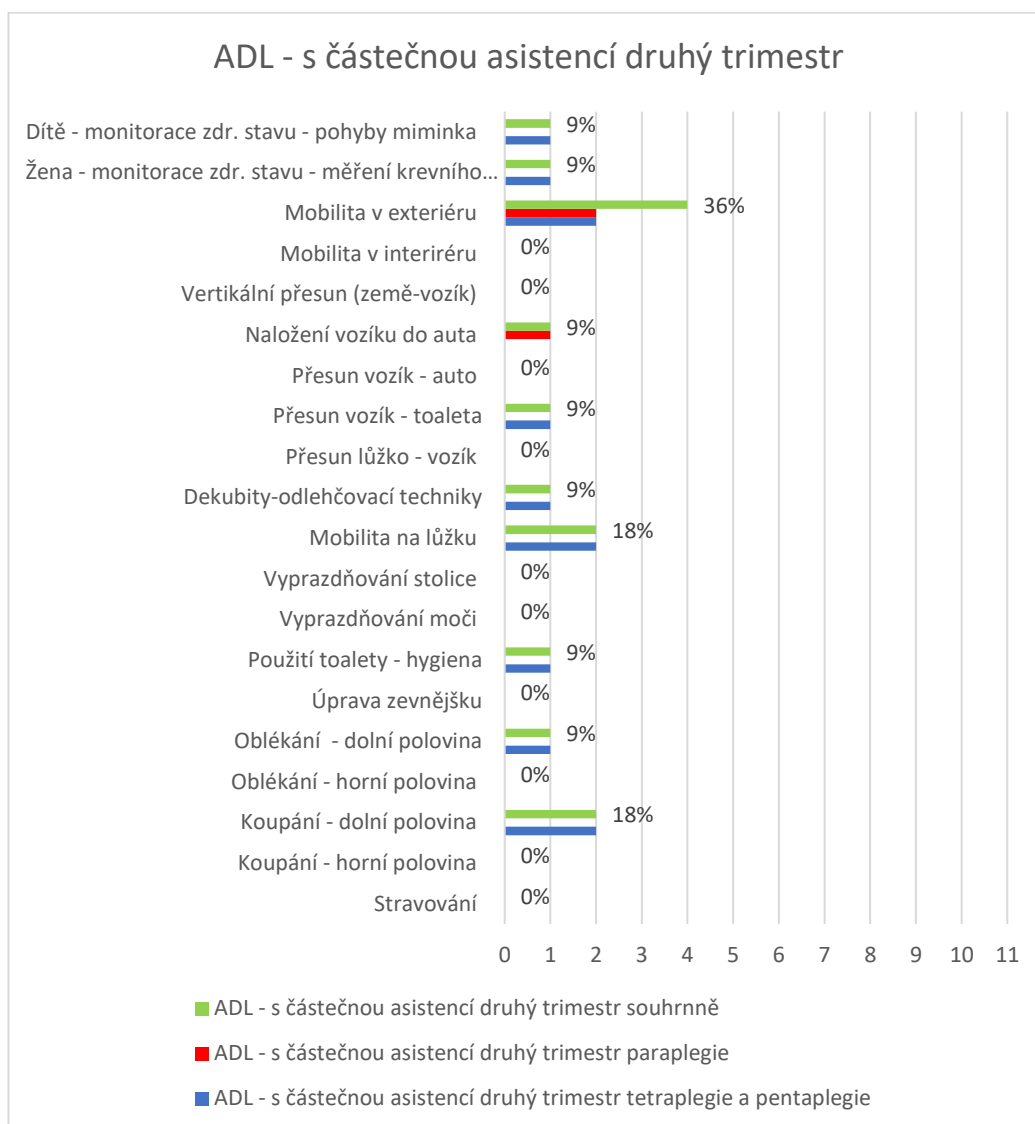
Graf 2.18 zobrazuje položky ADL, u kterých ženy využily částečnou asistenci před otěhotněním. Nejčastěji se jednalo o položky přesun lůžko – vozík (27 %), koupání dolní polovina (27 %) a mobilita v exteriéru (27 %). U 84,6 % aktivit, u kterých je uvedena úplná asistence, byla využita ženami s tetraplegií nebo pentaplegií.

Graf 2.19 ADL – částečná asistence první trimestr



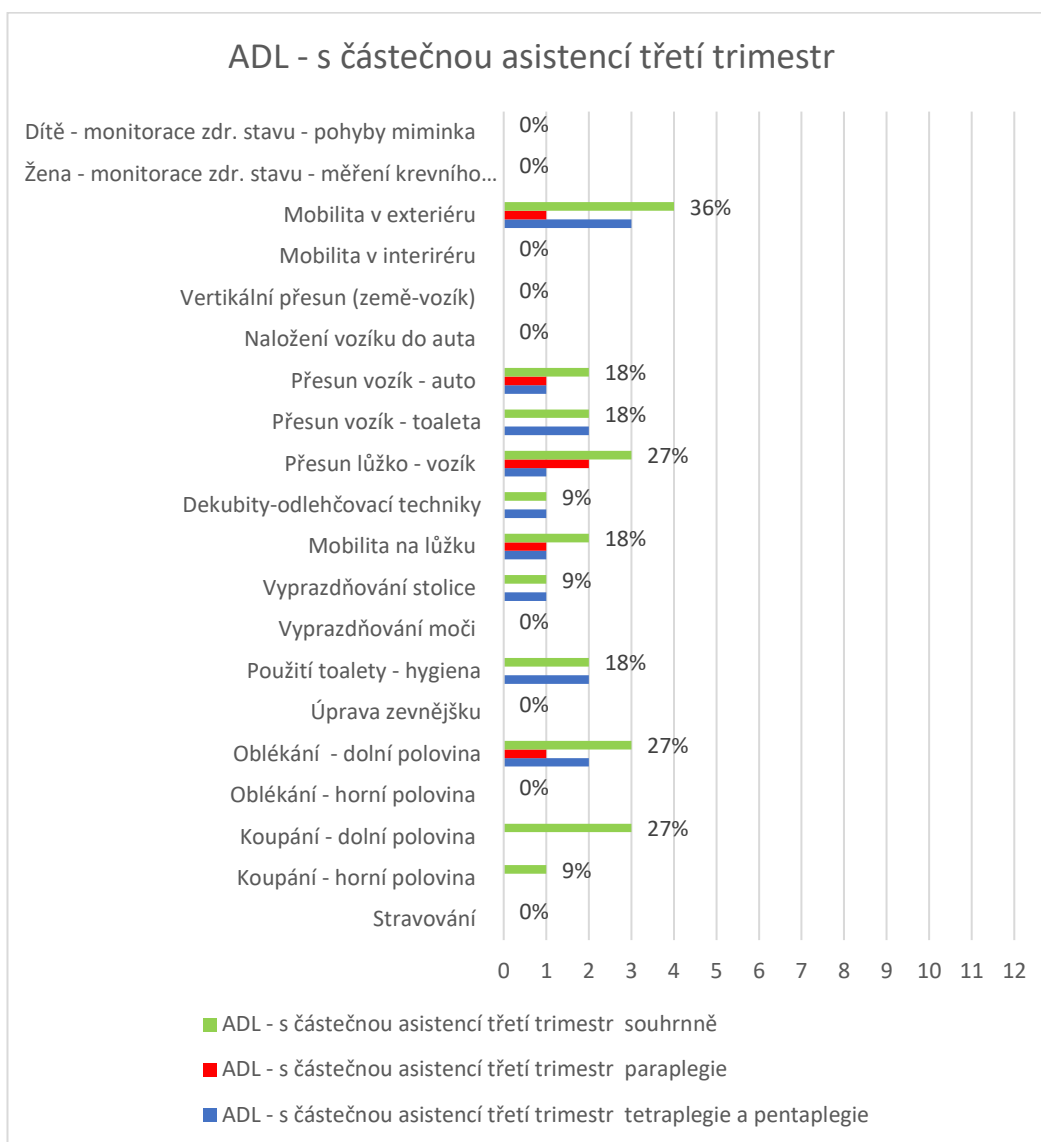
Graf 2.19 zobrazuje položky ADL, u kterých ženy využívaly částečnou asistenci během prvního trimestru. Nejčastěji se jednalo o položky mobilita v exteriéru (27 %), koupání – dolní polovina (27 %) a koupání horní polovina (18 %). Dalšími položkami, u kterých byla využita částečná asistence jsou vyprazdňování stolice (9 %), oblékání – dolní polovina (9 %) a oblékání – horní polovina (9 %). Potřeba částečné asistence výrazně poklesla oproti době před otěhotněním z 13 položek na 6 položek v prvním trimestru.

Graf 2.20 ADL – částečná asistence druhý trimestr



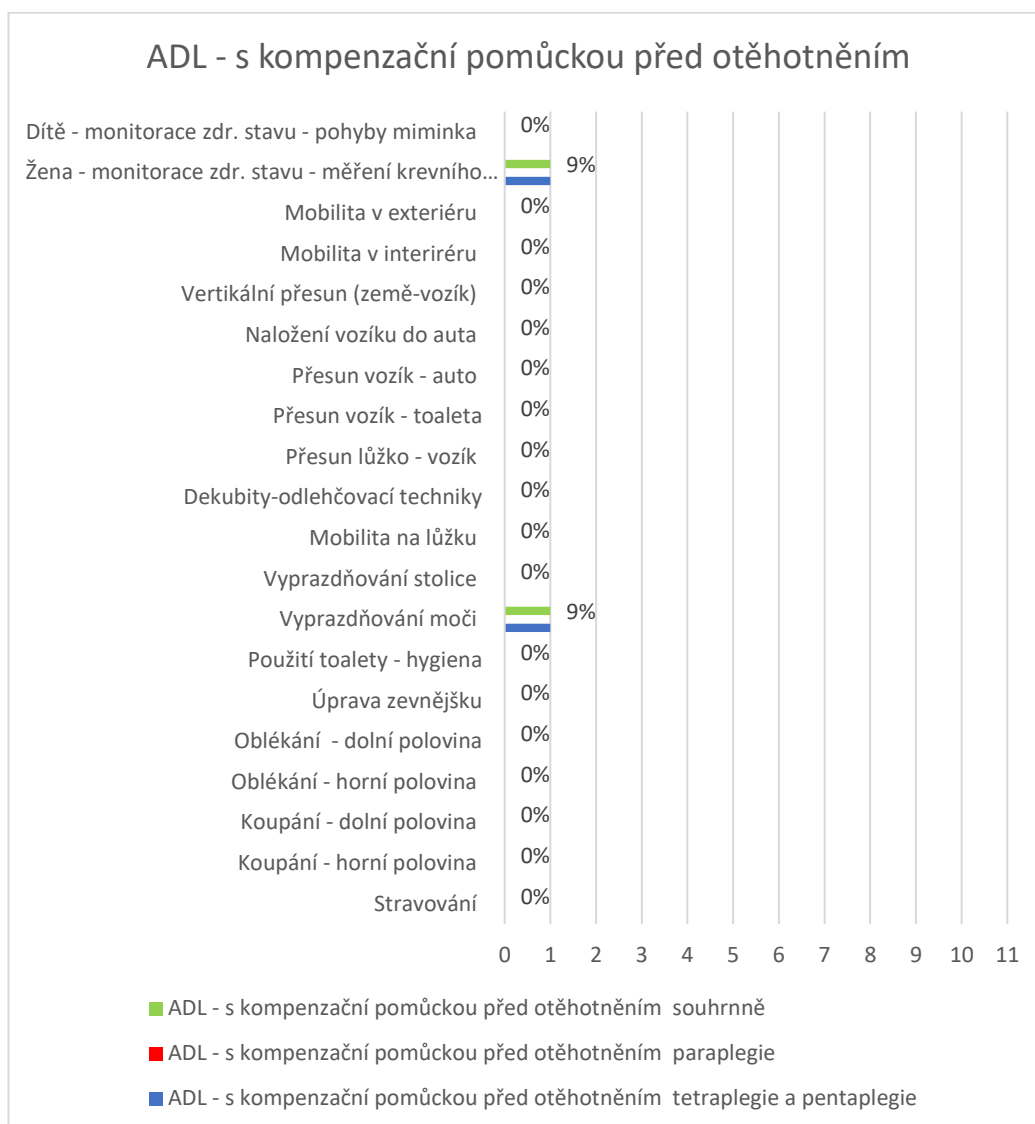
Graf 2.20 zobrazuje položky ADL, u kterých byla využita částečná asistence v průběhu druhého trimestru. Nejčastěji se jednalo se o položky mobilita v exteriéru (36 %), mobilita na lůžku (18 %) a koupání – dolní polovina (18 %). Využití částečné asistence v druhém trimestru vzrostla na 10 položek.

Graf 2.21 ADL – částečná asistence třetí trimestr



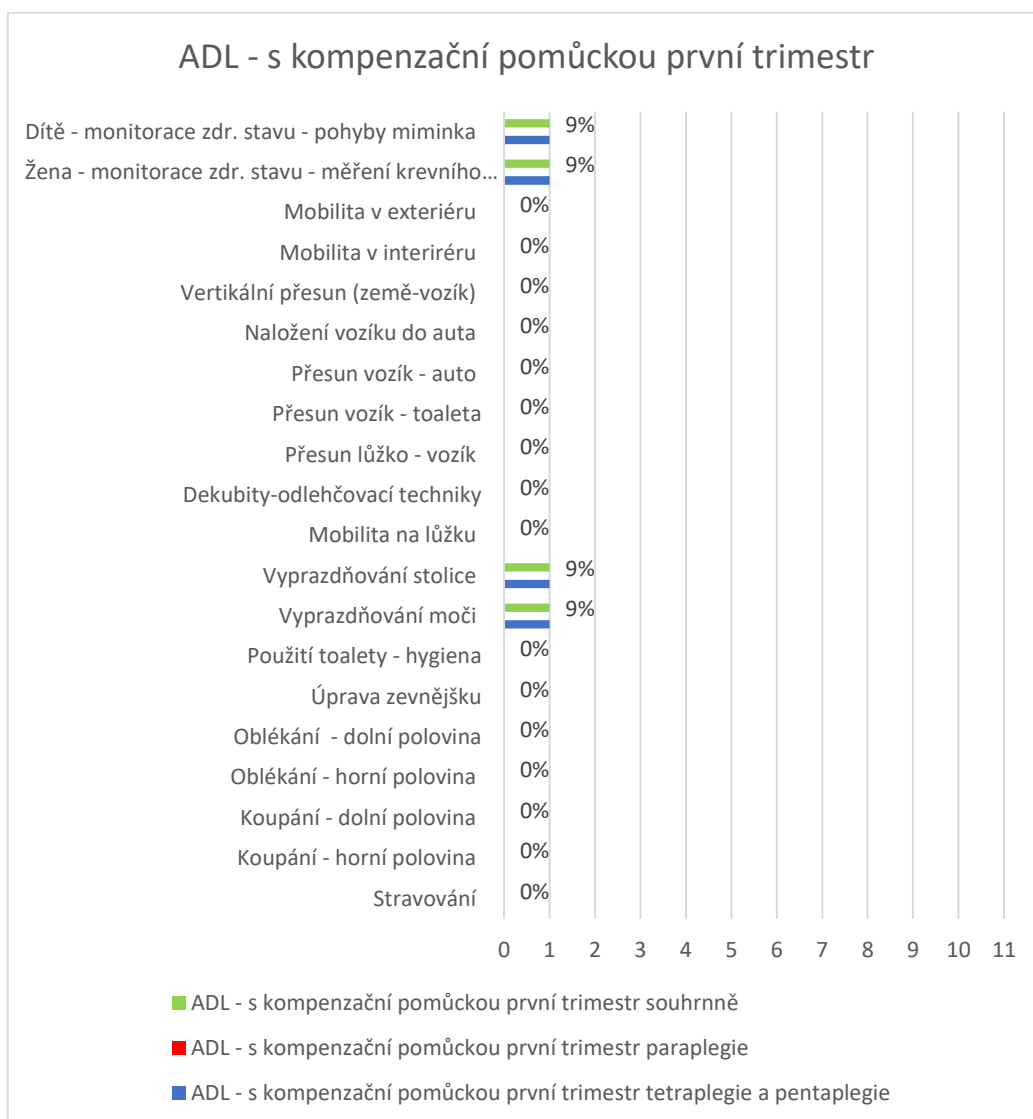
Graf 2.21 zobrazuje položky ADL, které ženy vykonávaly s částečnou asistencí v průběhu třetího trimestru. Nejčastěji se jednalo o položky mobilita v exteriéru (36 %), přesun lůžko – vozík (27 %), oblékání – dolní polovina (27 %), koupání dolní – polovina (27 %). Využití částečné asistence vzrostlo na 11 položek.

Graf 2.22 ADL – kompenzační pomůcky před otěhotněním



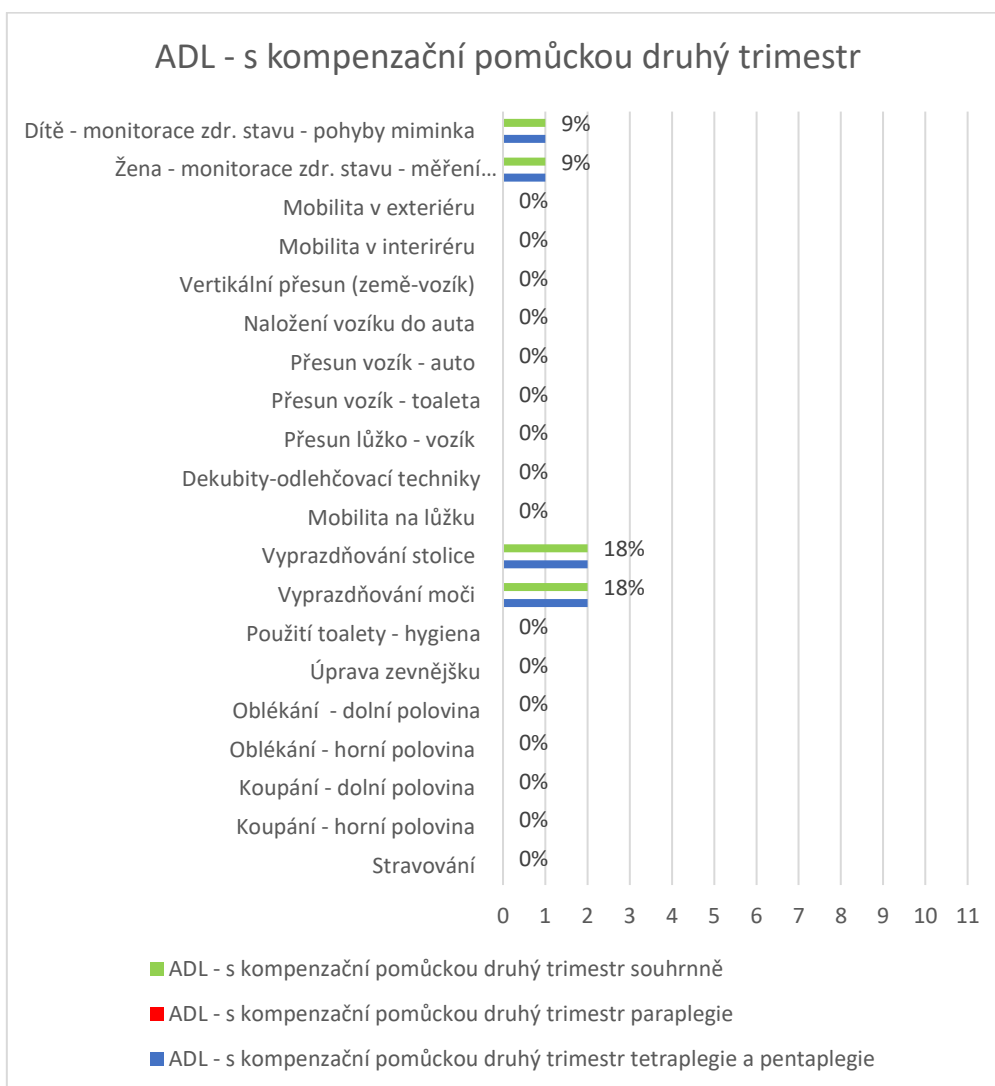
Graf 2.22 zobrazuje položky ADL, které ženy vykonávaly s kompenzační pomůckou před otěhotněním. Jednalo se o vyprazdňování moči (9 %) a monitoraci zdravotního stavu ženy (9 %). Využívaly je pouze ženy s tetraplegií nebo pentaplegií.

Graf 2.23 ADL – kompenzační pomůcky první trimestr



Graf 2.23 zobrazuje položky ADL, které ženy vykonávaly s kompenzační pomůckou v průběhu prvního trimestru. Jednalo se o monitoraci zdravotního stavu ženy (9 %) a miminka (9 %), vyprazdňování stolice (9 %) a moči (9 %). Využívaly je pouze ženy s tetraplegií nebo pentaplegií.

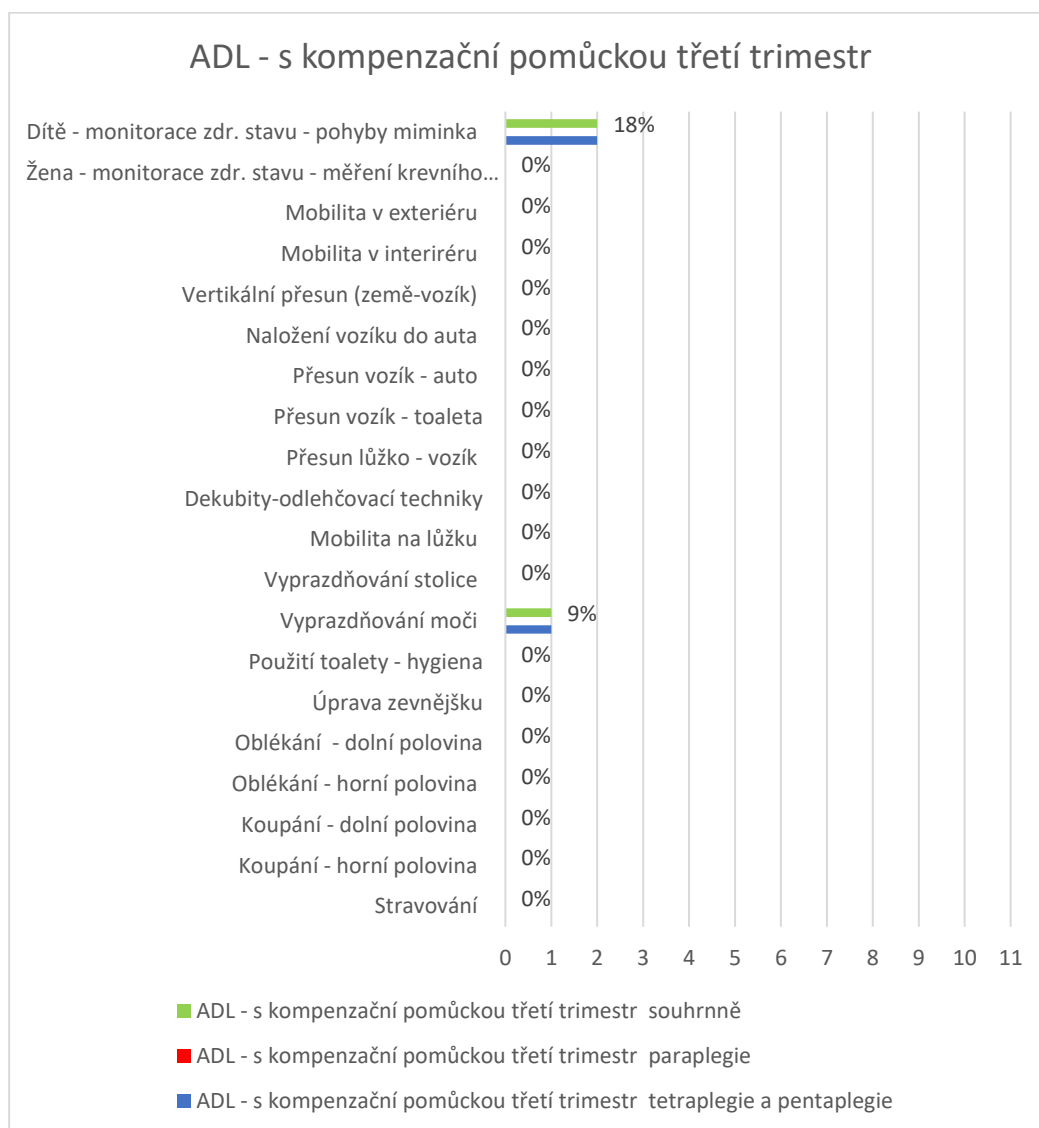
Graf 2.24 ADL – kompenzační pomůcky druhý trimestr



Graf 2.24 zobrazuje položky ADL, které ženy vykonávaly s kompenzační pomůckou v průběhu druhého trimestru. Jednalo se o monitoraci zdravotního stavu ženy (9 %) a miminka (9 %), vyprazdňování stolice (18 %) a moči (18 %). Využívaly je pouze ženy s tetraplegií nebo pentaplegií.

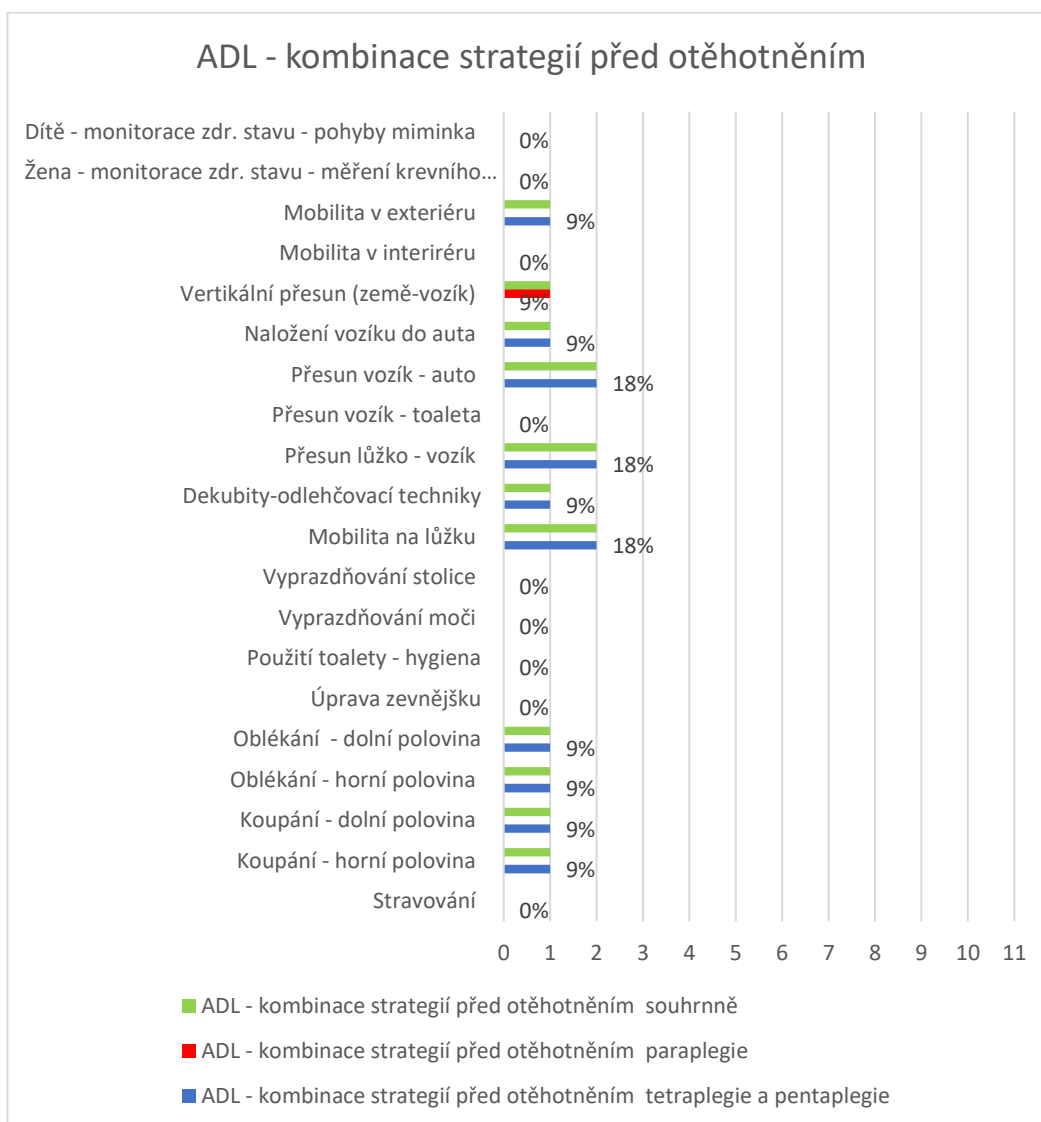


Graf 2.25 ADL – kompenzační pomůcky třetí trimestr



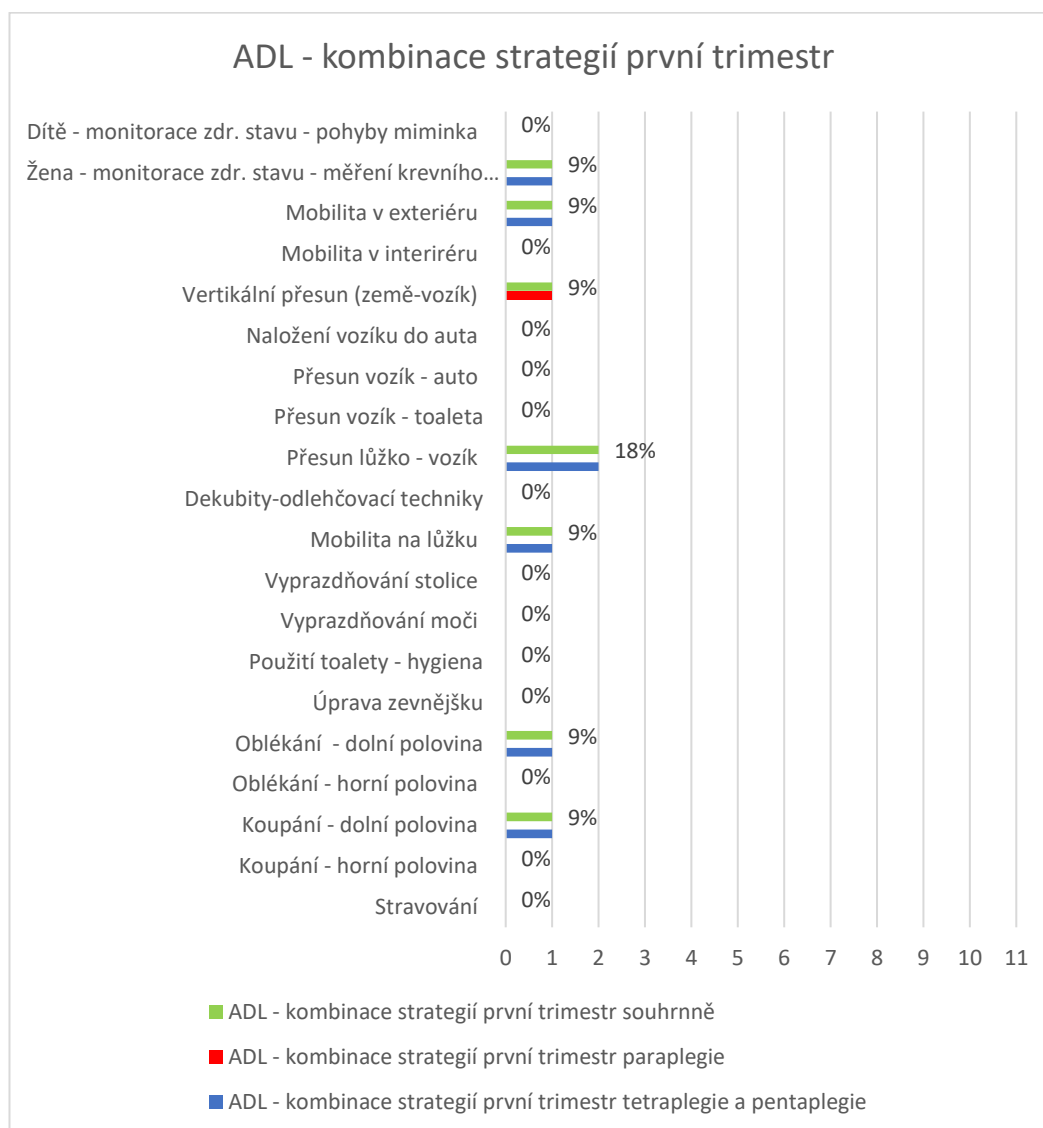
Graf 2.25 zobrazuje položky ADL, které ženy vykonávaly s kompenzační pomůckou v průběhu třetího trimestru. Jednalo se o monitoraci zdravotního stavu miminka (18 %), vyprazdňování moči (9 %). Využívaly je pouze ženy s tetraplegií nebo pentaplegií.

Graf 2.26 ADL – kombinace strategií před otěhotněním



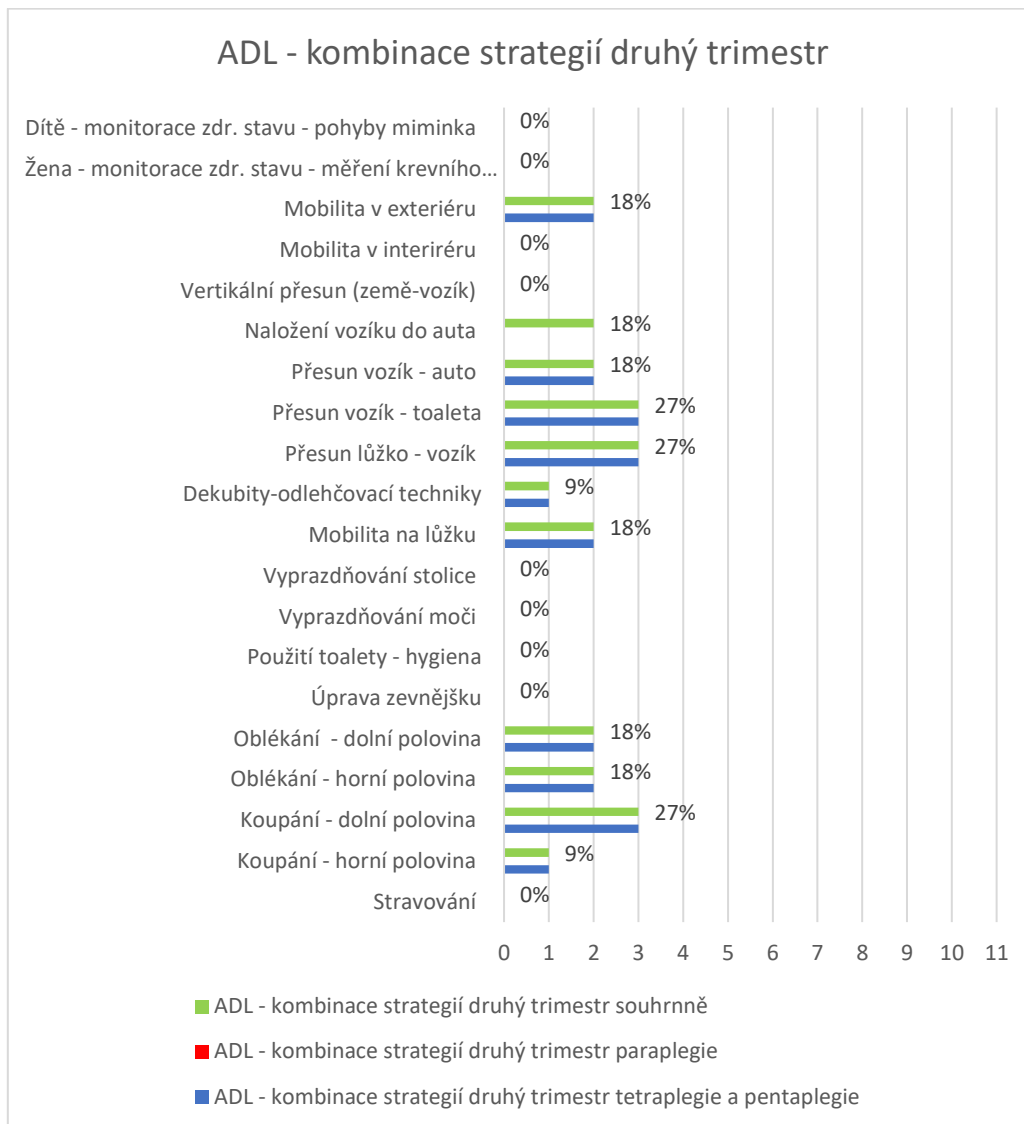
Graf 2.26 zobrazuje položky ADL, u kterých ženy využívaly kombinace strategií před otěhotněním. Nejčastěji se jednalo o přesun vozík – auto (18 %), přesun lůžko – vozík (18 %) a mobilita na lůžku (18 %).

Graf 2.27 ADL – kombinace strategií první trimestr



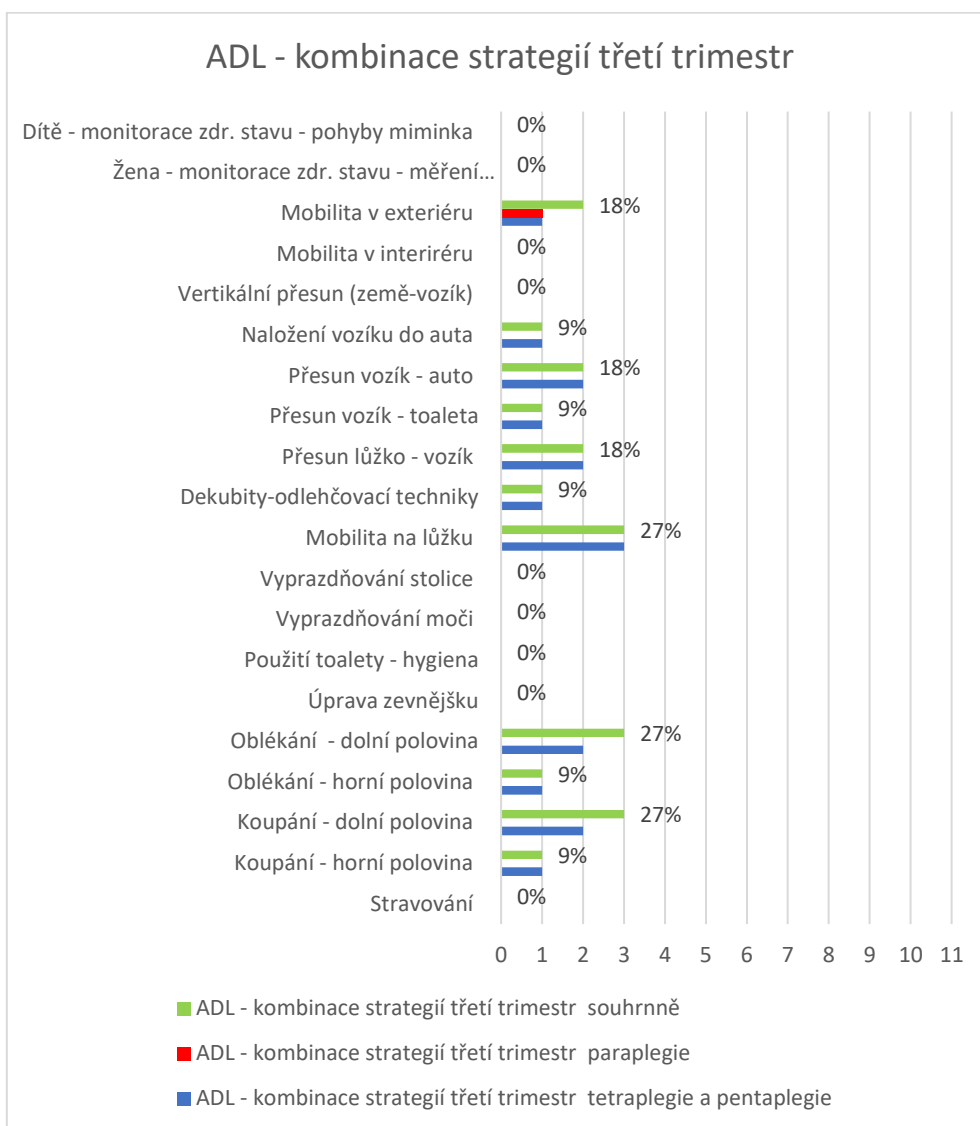
Graf 2.27 zobrazuje položky ADL, u kterých ženy využívaly kombinace strategií v průběhu prvního trimestru. Nejčastěji se jednalo o přesun lůžko – vozík (18 %). Mezi další položky, u kterých byla využívána kombinace strategií patří oblékání – dolní polovina (9 %), koupání – dolní polovina (9 %), mobilita na lůžku (9 %), mobilita v exteriéru (9 %), vertikální přesun (9 %) a monitorace zdraví ženy (9 %).

Graf 2.28 ADL – kombinace strategií druhý trimestr



Graf 2.28 zobrazuje položky ADL, u kterých ženy využívaly kombinace strategií v průběhu druhého trimestru. Nejčastěji se jednalo o položky přesun vozík – toaleta (27 %), přesun lůžko – vozík (27 %) a koupání dolní polovina (27 %).

Graf 2.29 ADL – kombinace strategií třetí trimestr



Graf 2.29 zobrazuje položky ADL, u kterých ženy využívaly kombinace strategií v průběhu třetího trimestru. Nejčastěji se jednalo o položky mobilita na lůžku (27 %), oblékání – dolní polovina (27 %), koupání dolní polovina (27 %).

Tabulka 2.4 Souhrn asistence (úplná asistence)

	<b>Před otěhotněním</b>	<b>První trimestr</b>	<b>Druhý trimestr</b>	<b>Třetí trimestr</b>
<b>Vertikální přesun</b>	45 %	27 %	45 %	45 %
<b>Naložení vozíku do auta</b>	45 %	45 %	45 %	64 %
<b>Mobilita v exteriéru</b>	27 %	18 %	18 %	27 %
<b>Přesun vozík – toaleta</b>	18 %	27 %	9 %	9 %
<b>Monitorace zdravotního stavu ženy</b>	0 %	9 %	9 %	18 %
<b>Vyprazdňování stolice</b>	0 %	9 %	18 %	18 %

více než 60 % - vysoké riziko, 20–60 % mírné riziko, do 20 % - žádné/mírné riziko

V tabulce 2.4 jsou vybrané neproblematičtější položky, které ukazují předchozí grafy (2.14 – 2.17). V tabulce lze vidět procentuální zastoupení žen, které k vykonání dané činnosti využívaly úplnou asistenci v období před otěhotněním a v každém trimestru. Jednotlivé hodnoty jsou označeny barevně. Červená znamená vysoké riziko využití asistence, žlutá střední riziko a zelená žádné/mírné.

U většiny položek je míra úplné asistence nejvyšší ve druhém a třetím trimestru, kde jsou hodnoty buď shodné nebo se zvyšují směrem ke třetímu trimestru. Další položky mají shodný počet zastoupení úplné asistence ve všech třech trimestrech. Pouze v jednom případě je nejvyšší míra úplné asistence v prvním trimestru (položka přesun vozík – toaleta).

Tabulka 2.5 Souhrn asistence (částečná asistence)

	Před otěhotněním	První trimestr	Druhý trimestr	Třetí trimestr
<b>Přesun lůžko vozík</b>	27 %	0 %	0 %	27 %
<b>Koupání – dolní polovina</b>	27 %	27 %	18 %	27 %
<b>Mobilita v exteriéru</b>	27 %	27 %	36 %	36 %
<b>Mobilita na lůžku</b>	18 %	0 %	18 %	18 %
<b>Oblékání – dolní polovina</b>	9 %	9 %	9 %	27 %

více než 60 % - vysoké riziko, 20–60 % mírné riziko, do 20 % - žádné/mírné riziko

V tabulce 2.5 jsou vybrané neproblematičtější položky, které ukazují předchozí grafy (2.18 – 2.21). V tabulce lze vidět procentuální zastoupení žen, které danou činnost vykonávaly s částečnou asistencí v období před otěhotněním a v každém trimestru. Jednotlivé hodnoty jsou označeny barevně. Červená znamená vysoké riziko využití asistence, žlutá střední riziko a zelená žádné/mírné.

Z tabulky 2.5 je patrné, že částečná asistence byla využívána nejvíce ve třetím trimestru. Hodnoty se zvyšují nebo jsou stejné s průběhem těhotenství. Pouze u položky koupání – dolní polovina došlo k poklesu během druhého trimestru. Hodnoty před otěhotněním jsou vyšší nebo shodné s prvním trimestrem.

Tabulka 2.6 *Souhrn asistence (kompenzační pomůcky)*

	<b>Před otěhotněním</b>	<b>První trimestr</b>	<b>Druhý trimestr</b>	<b>Třetí trimestr</b>
<b>Monitorace zdravotního stavu-žena</b>	9 %	9 %	9 %	0 %
<b>Monitorace zdravotního stavu-miminko</b>	0 %	9 %	9 %	18 %
<b>Vyprazdňování moči</b>	0 %	9 %	18 %	9 %
<b>Vyprazdňování stolice</b>	9 %	9 %	18 %	0 %

více než 60 % - vysoké riziko, 20-60 % mírné riziko, do 20 % - žádné/mírné riziko

V tabulce 2.6 jsou vybrané neproblematičtější položky, které ukazují předchozí grafy (2.22 – 2.25). V tabulce lze vidět procentuální zastoupení žen, které danou činnost vykonávaly s využitím kompenzační pomůcky v období před otěhotněním a v každém trimestru. Jednotlivé hodnoty jsou označeny barevně. Červená znamená vysoké riziko využití kompenzační pomůcky, žlutá střední riziko a zelená žádné/mírné.

Využití kompenzačních pomůcek stoupá postupem těhotenství až do druhého trimestru, kde dojde v 75 % případů k poklesu při využití během třetího trimestru. Pouze u monitorace zdravotního stavu miminka se zvyšuje, což může znamenat, že se ženy této činnosti začaly více věnovat.



Tabulka 2.7 Souhrn asistence (kombinace strategií)

	Před otěhotněním	První trimestr	Druhý trimestr	Třetí trimestr
<b>Koupání-dolní polovina</b>	9 %	9 %	27 %	27 %
<b>Přesun vozík- auto</b>	18 %	0 %	18 %	18 %
<b>Mobilita na lůžku</b>	18 %	9 %	18 %	27 %
<b>Přesun vozík – toaleta</b>	18 %	0 %	27 %	9%
<b>Přesun lůžko vozík</b>	18 %	18 %	27 %	18 %

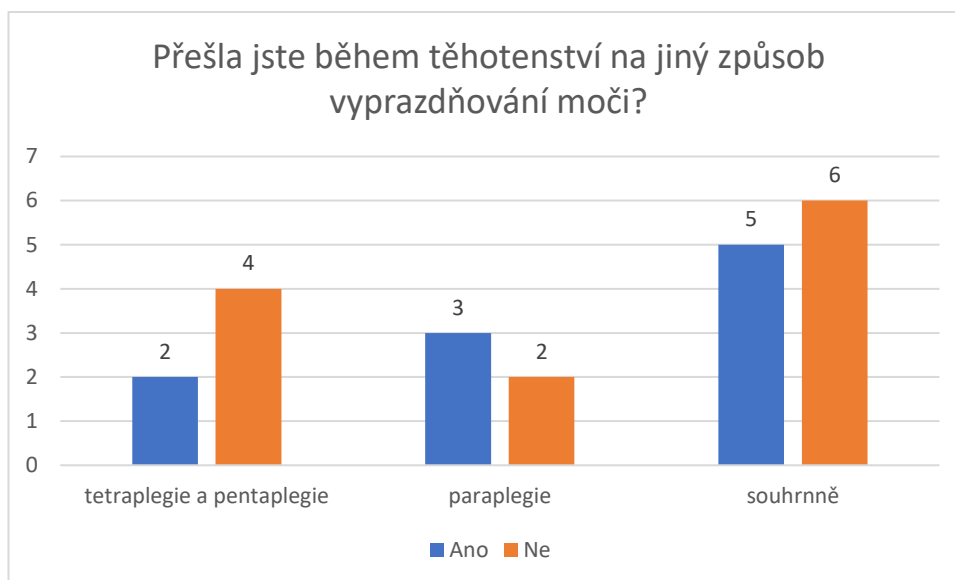
více než 60 % - vysoké riziko, 20–60 % mírné riziko, do 20 % - žádné/mírné riziko

V tabulce 2.7 jsou vybrané neproblematičtější položky, které ukazují předchozí grafy (2.26 – 2.29). V tabulce lze vidět procentuální zastoupení žen, které danou činnost vykonávaly s využitím kombinací strategií v období před otěhotněním a v každém trimestru. Jednotlivé hodnoty jsou označeny barevně. Červená znamená vysoké riziko využití kombinace strategií, žlutá střední riziko a zelená žádné/mírné. Nejvíce byla kombinace strategií využita v druhém trimestru.

Ze všech položek se nejčastěji jednalo o kombinace strategií samostatně a částečná asistence (71 %), samostatně a úplná asistence (10,6 %) a úplná asistence a částečná asistence (9,09 %). Nejvíce byla kombinace strategií využita u položek přesun lůžko – vozík (20 %), mobilita na lůžku (18 %), koupání – dolní polovina (18 %) a oblékání dolní polovina (16 %).

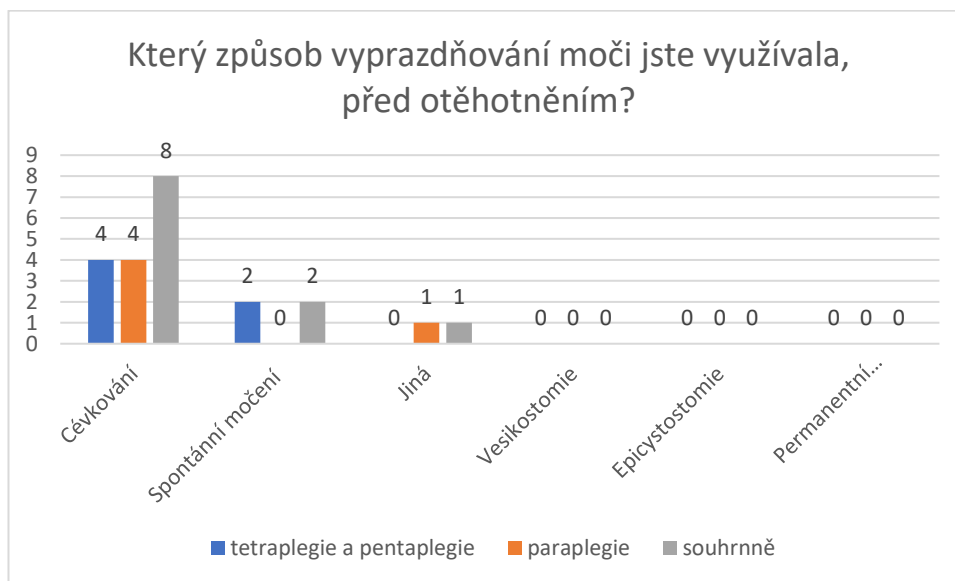
**Předpoklad 3:** Během těhotenství se zhoršuje vyprazdňování moči a stolice. To má za následek nutnost přejít na jiný typ způsobu vyprazdňování. Nejčastěji k této výměně dochází ve druhém/třetím trimestru.

Graf 2.30 *Přechod na jiný způsob vyprazdňování moči*



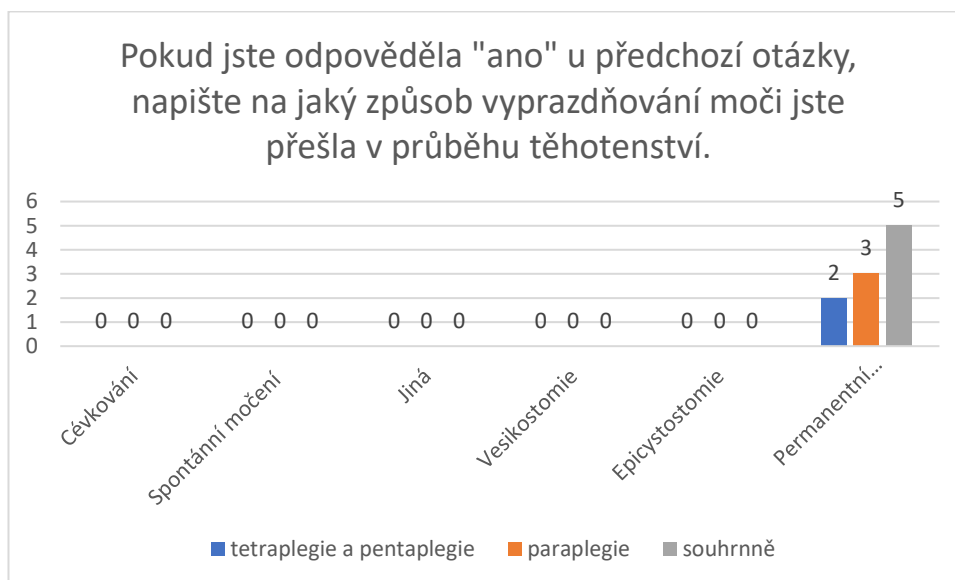
Z grafu 2.30 vyplývá, že 45,5 % žen přešlo na jiný způsob vyprazdňování moči. Zbýlých 54,5 % zůstalo u způsobu, který využívala před těhotenstvím. 60 % z těch, co odpověděly „ano“, byly ženy s paraplegií.

Graf 2.31 *Způsoby vyprazdňování moči před těhotenstvím*



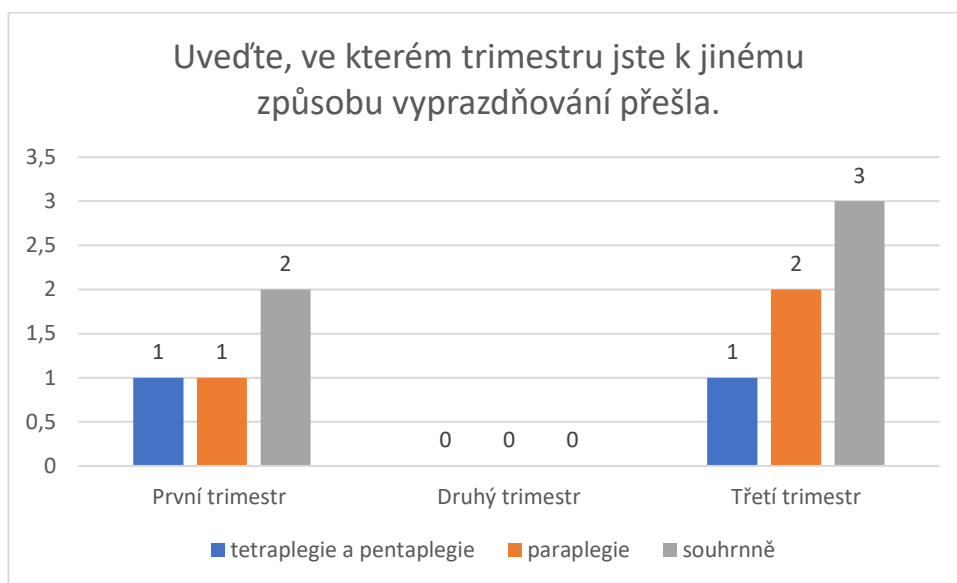
Na *grafu 2.31* jsou uvedené způsoby vyprazdňování moči, které využívaly ženy před otěhotněním. 72,7 % z nich využívalo před těhotenstvím cévkování. 18,2 % využívalo spontánní močení. 9,1 % uvedlo jinou metodu (konkrétně vyklepávání a břišní lis).

Graf 2.32 *Nový způsob vyprazdňování moči*



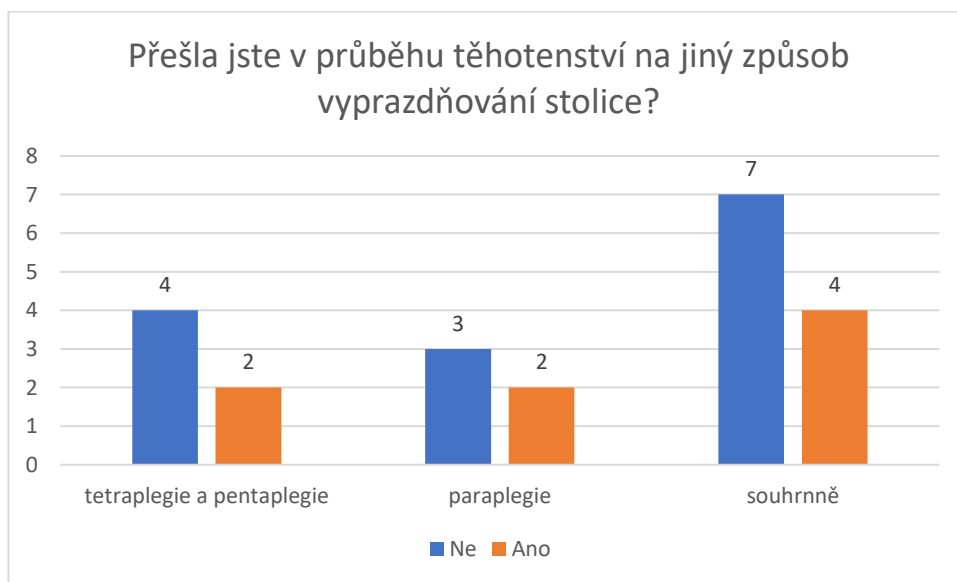
Všechny respondenty (100 %) přešly na permanentní močový katétr v průběhu těhotenství. Data jsou zobrazena na *grafu 2.32*.

Graf 2.33 Trimestry – vyprazdňování moči



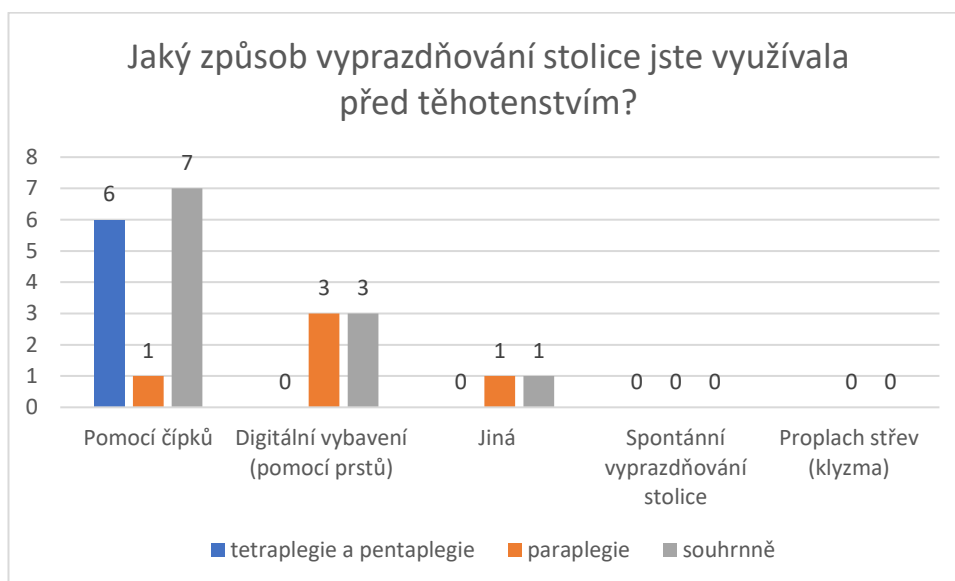
Z celkového počtu 5 respondentek, které přešly na jiný způsob vyprazdňování moči, 40 % přešlo v prvním trimestru. 60 % přešlo ve třetím trimestru. Data jsou uvedena na grafu 2.33.

Graf 2.34 Přechod na jiný způsob vyprazdňování stolice



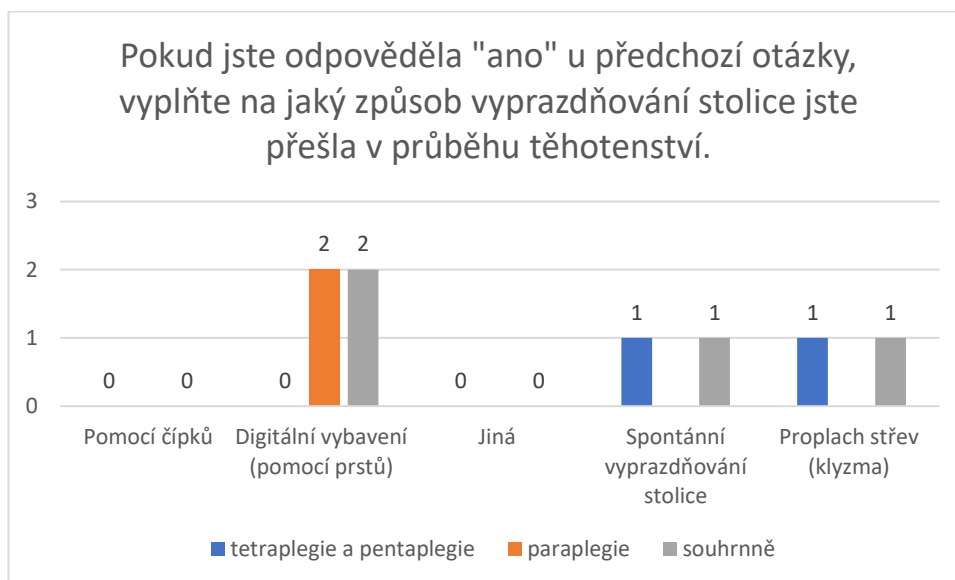
Graf 2.34 zobrazuje počet respondentek, které přešly na jiný způsob vyprazdňování stolice. 63,6 % žen zůstalo u způsobu, který využívaly před otěhotněním. 36,4 % na jiný způsob přešlo.

Graf 2.35 Způsoby vyprazdňování stolice před těhotenství



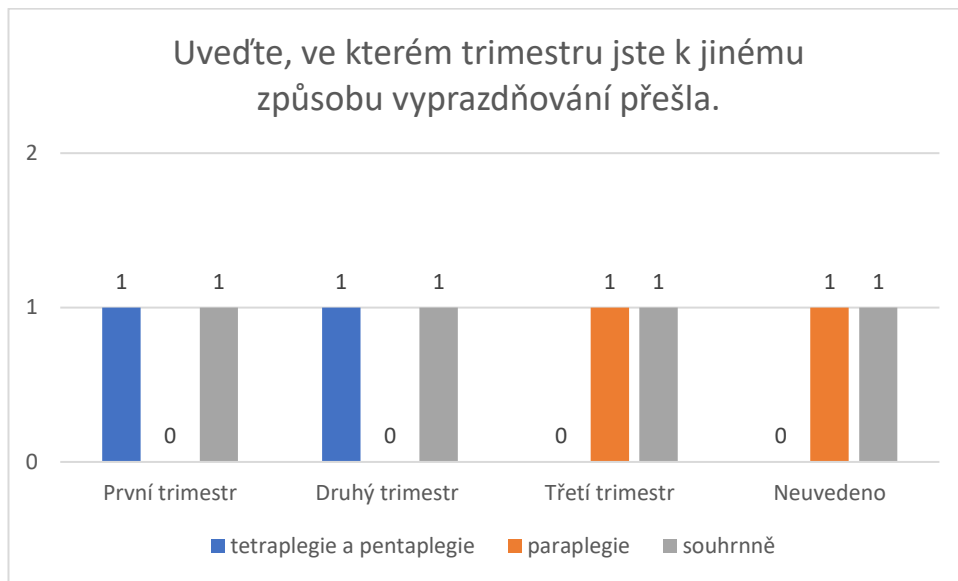
Na grafu 2.35 jsou uvedené způsoby vyprazdňování stolice, které využívaly ženy před otěhotněním. 75 % využívalo čípky a 25 % jiný způsob (spontánní vyprazdňování spolu s břišním lisem).

Graf 2.36 Způsoby vyprazdňování stolice během těhotenství



Ženy, které přešly během těhotenství na jiný způsob vyprazdňování, začaly využívat v 50% digitální vybavení a shodně po 25 % mělo využití proplachu střev a spontánní vyprazdňování stolice. Data jsou zobrazena na grafu 2.36.

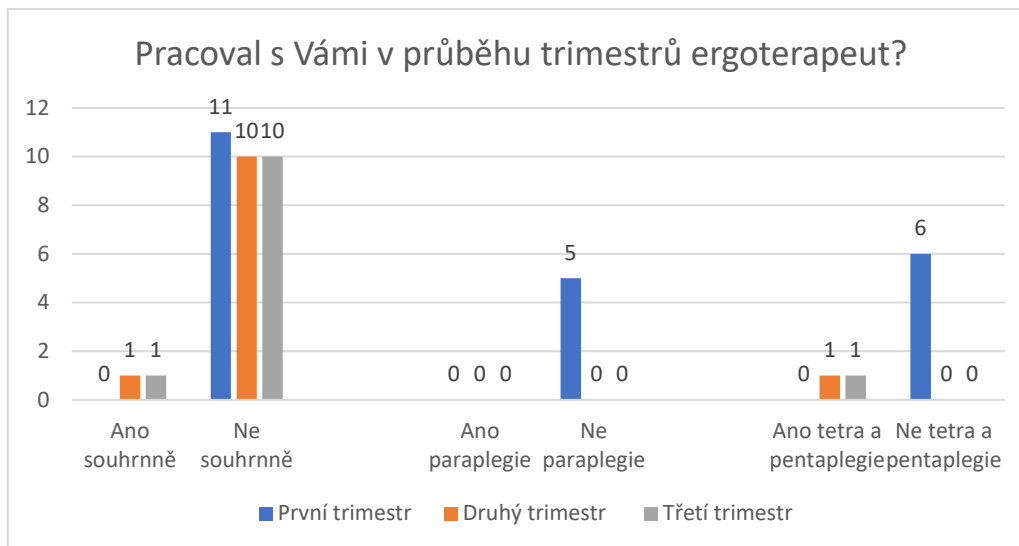
Graf 2.37 Trimestry – vyprazdňování stolice



Graf 2.37 znázorňuje rozložení, kdy ženy přešly na jiný způsob vyprazdňování stolice v průběhu trimestrů. V každém trimestru přešla právě jedna žena, což dělá 25 % na každý trimestr. Pouze jedna respondentka neuvedla, ve kterém trimestru k přechodu došlo.

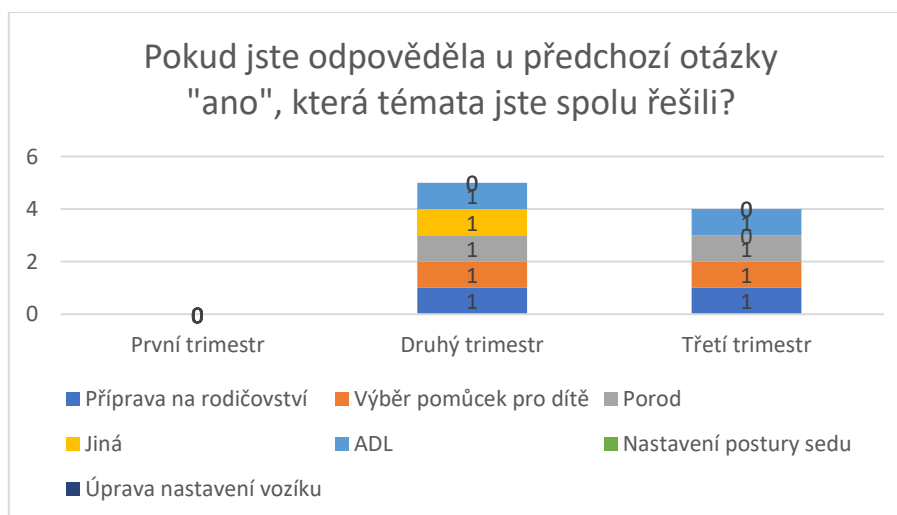
**Předpoklad 4:** Ergoterapeut může ženu podpořit v oblasti péče o dítě, nácviku ADL, úpravě vozíku a sedu na vozíku. Práci ergoterapeuta lze podle toho rozdělit podle jednotlivých trimestrů.

Graf 2.38 *Spolupráce s ergoterapeutem*



Graf 2.38 uvádí spolupráci respondentek s ergoterapeutem. Pouze s jednou respondentkou (9,1 %) pracoval ergoterapeut během druhého trimestru. Ve třetím trimestru pracoval také s jednou respondentkou. Jednalo se o odlišné ženy. Obě byly z kategorie tetraplegie nebo pentaplegie.

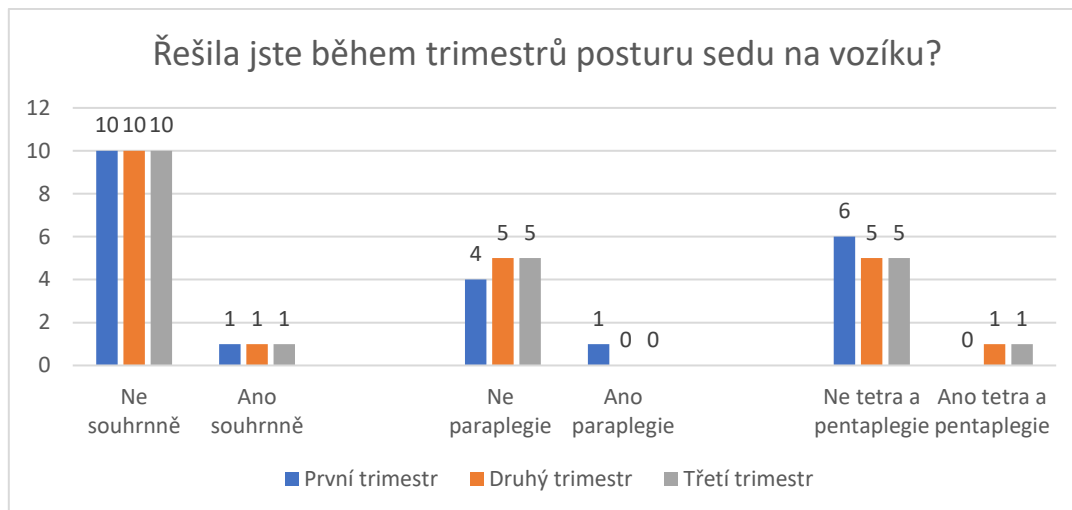
Graf 2.39 *Ergoterapeutická intervence*



Graf 2.39 uvádí možnosti a míru ergoterapeutické intervence. Respondentka se v druhém trimestru v rámci ergoterapeutické intervence věnovala přípravě na rodičovství

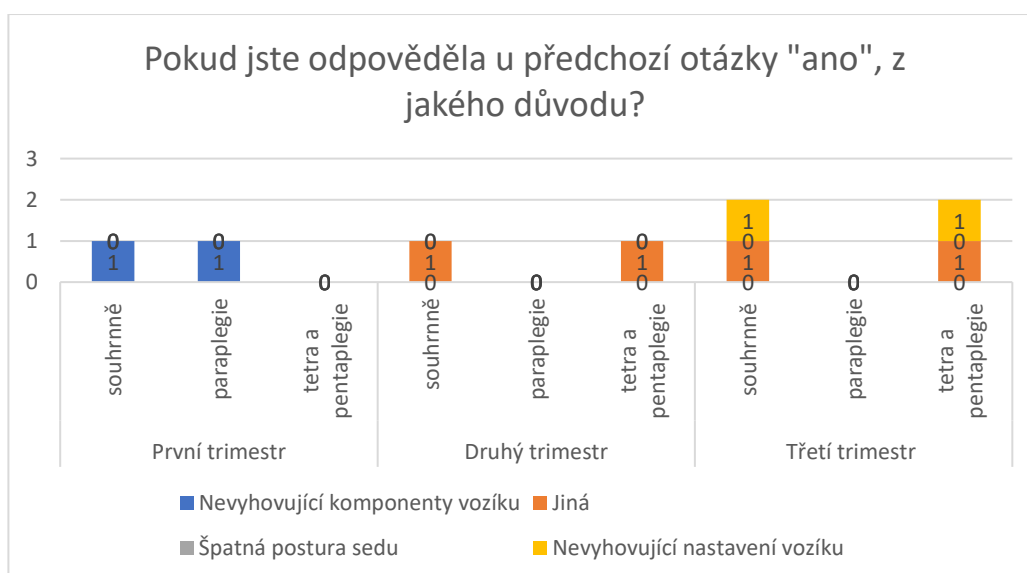
výběru pomůcek pro dítě, porodu, ADL a jiným oblastem (kurzy pro rodiče). Ve třetím trimestru se věnovala respondentka přípravě na rodičovství, výběr pomůcek pro dítě, porodu a ADL.

Graf 2.40 Postura sedu na vozíku



Jedna respondentka řešila v průběhu těhotenství posturu sedu na vozíku v průběhu prvního trimestru. Další jedna respondentka začala řešit posturu sedu na vozíku od druhého trimestru a pokračovala i ve třetím. Dané informace jsou uvedené na grafu 2.40.

Graf 2.41 Důvody špatné postury sedu

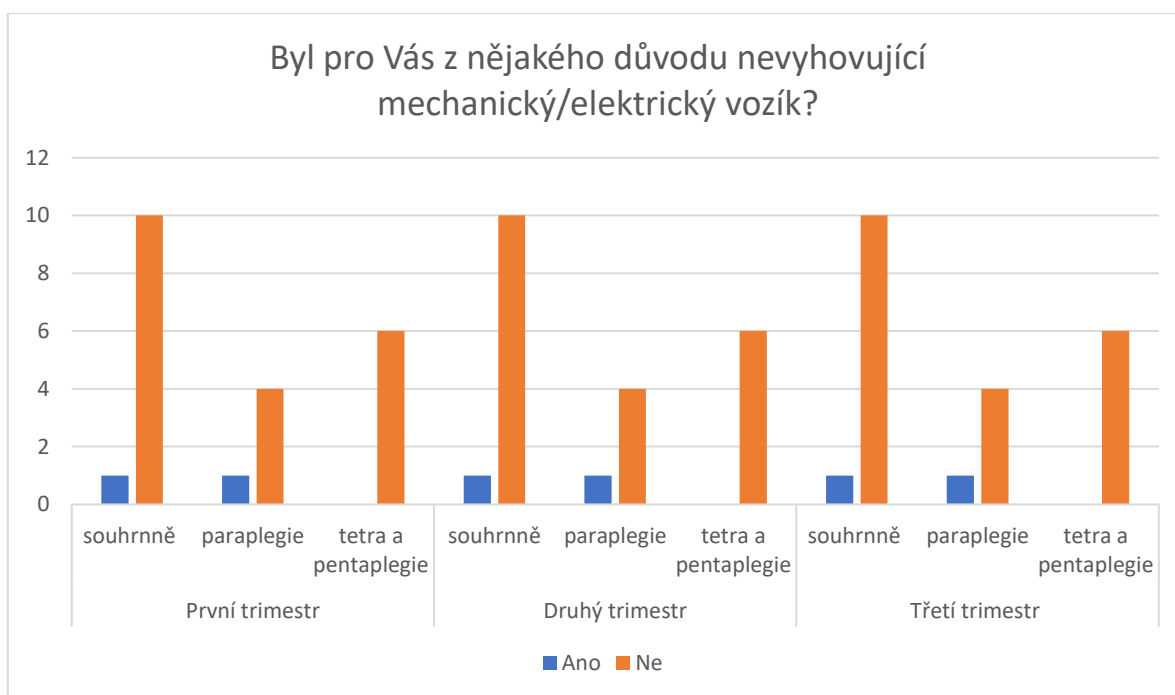


V rámci postury sedu na vozíku řešila jedna respondentka posturu během prvního trimestru, kde byly příčinou nevyhovující komponenty vozíku. Druhá respondentka ve druhém



trimestru uvedla odpověď jiná, kterou rozvedla jako konzultaci ohledně narůstající váhy a možnosti, jak řešit úpravu vozíku. Ve třetím trimestru bylo důvodem nevyhovující nastavení vozíku a jiné (potřeba nastavit zádovou opěrku kvůli stabilitě). Informace jsou uvedené na *grafu 2.41*.

Graf 2.42 *Mechanický/elektrický vozík*



*Graf 2.42* zobrazuje odpovědi na nevyhovující vozík během těhotenství. 90,1 % žen uvedlo, že vozík byl vyhovující ve všech trimestrech. Pouze jedna respondentka uvádí, že byl mechanický/elektrický vozík nevyhovující ve všech trimestrech. Ve všech částech těhotenství byla důvodem vysoká váha vozíku.

### 3 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývala těhotenstvím u žen s míšní lézí z pohledu ergoterapeuta. V teoretické části byla definována témata, kterými se může ergoterapeut zabývat. Jednalo se o dvě velké oblasti – poradenství a nácvik aktivit.

Výše zmíněná témata zastřešují ideální péči o těhotnou ženu ze strany ergoterapeuta. Měl by se na těhotnou ženu s míšní lézí dívat uceleně a v širším kontextu. Těhotenství by mělo být bráno jako součást života ženy, který si lze představit jako probíhající proces, který neustále pokračuje. V tomto procesu probíhají změny a jednou z nich je právě těhotenství, které s sebou přináší mnoho nového. Tuto novou zkušenost v podobě těhotenství může každá jediná žena cítit a prožívat odlišně než všechny ostatní. Cílem ergoterapeuta je ženu podpořit a dodat jí jistotu a připravit ji na těhotenství a příchod miminka.

Práce ergoterapeuta by měla začít ideálně už před početím, kdy může s ženou těhotenství plánovat a zhodnotit všechna možná rizika a přínosy. Mohou spolu probrat finanční, sociální i psychickou stránku. S nástupem těhotenství je třeba se zaměřit i na oblasti přípravy na péči o dítě a výběr kompenzačních pomůcek (Pregnancy and spinal cord injury: an information booklet, 2015). Velkou doménou ergoterapeuta v těhotenství je ADL. Dle dostupné literatury s postupem těhotenství dochází k zhoršení soběstačnosti v některých položkách ADL (McLain et al., 2016). Z toho důvodu byla tato oblast zahrnuta do cíle bakalářské práce. Cíl byl zúžen na personální aktivity běžného dne. Se ztrátou soběstačnosti souvisí vyšší potřeba asistence (Hradilová, 2024), ta je zahrnuta v definici dílčího cíle práce.

Obecně se ženy s poraněním míchy mohou setkat s nepochopením ze strany společnosti a jsou ve vyšší míře ohroženy psychickými problémy oproti běžné populaci těhotných žen (Krassioukov et al., 2023). Snížená soběstačnost může tyto stavy prohloubit a může to ovlivnit kvalitu života ženy v průběhu těhotenství (Faltýnková, 2012). Právě navýšení soběstačnosti v ADL je jednou z domén, která by mohla ženu podpořit z hlediska psychiky a plánování těhotenství. Žena by se tak mohla cítit lépe a více se zaměřit na nácvik péče o dítě a výběr dalšího vybavení, aby byla připravená na příchod potomka s dostatečnou informovaností a podporou.

Hlavní cíl byl vybrán k určení oblastí ADL, které jsou během těhotenství nejvíce problematické. Důležitým bodem bylo určení typu asistence právě u položek, které vyšly

nejhůř, co se týče soběstačnosti. Dílčí cíl byl definován k určení míry asistence napříč všech tří trimestrů a její porovnání se stavem před otěhotnění. Rozdělení práce podle trimestrů bylo z důvodu myšlenky směřující k lepšímu plánování podpory ergoterapeuta, která by tak mohla být konkrétnější a efektivnější, pokud by se intervence dala rozdělit do trimestrů.

Práce využila jako metodu sběru dat nestandardizovaný dotazník. Podoba dotazníku zastává roli pilotáže. Jedná se o výzkum, ve kterém se bude pokračovat v budoucnosti a může být předmětem pro diplomovou práci nebo jiné odborné výzkumy. Vzhledem k nízkému počtu respondentek, vzniká riziko nepřesného měření. Z důvodu malého počtu těhotných žen s míšními lézmi a velmi obtížného sběru dat dle náhodného výběru, byly některé respondentky cíleně osloveny pro dosažení minimálního počtu, který byl stanovený. Tento fakt může výsledky také ovlivnit.

Dotazník byl distribuován v březnu 2024 a skončil v polovině dubna 2024. Sběr probíhal okolo jednoho měsíce. S ohledem na návratnost dotazníku by byl vhodný delší časový úsek pro sběr dat. Otázkou je, zda by se dostalo zpět více odpovědí nebo ne. Dotazník byl velmi obsáhlý, což mohl být jeden z důvodů ztráty motivace pro vyplnění. Cílovou skupinou byla velmi specifická skupina a mohlo se stát, že se k většině dotazník nemusel dostat.

Byly stanoveny celkem čtyři předpoklady. V následujících řádcích budou jednotlivé předpoklady popsány.

V předpokladu 1 se podařilo potvrdit jako nejvíce problematické, s výjimkou vyprazdňování moči, tyto položky: přesun, mobilita, vyprazdňování stolice a aktivity vyžadující předklon (*viz grafy 2.1 až 2.11*). Tyto aktivity uvádí i řada autorů jako položky, na které je důležité se v těhotenství zaměřit (Kurze et al., 2018; Hradilová 2024; Camune, 2013). Bylo nutné uvést položky, které ženy nevykonávaly. Tento fakt bylo důležité zjistit k vyloučení těchto aktivit jako problematických. Vyloučené byly takto položky monitorace zdravotního stavu ženy a miminka a vertikální přesun. Byl popsán také stav ohledně mobility, která se jednoznačně ukázala jako zhoršující se v průběhu těhotenství. Některé ženy kvůli tomu změnily strategii přesunů (*viz grafy 2.9-2.11*). To odpovídá tvrzením od autorů Kurze a spol. (2018).

Pro předpoklad 1 byla vytvořena přehledná *tabulka 2.3* se souhrnným procentuálním zastoupením, kde je vidět pokles hodnot. To ukazuje, že ženy byly v průběhu těhotenství v těchto problematických položkách více závislé. Nepřesně vyšly hodnoty před

otěhotněním, které byly nižší oproti stavu při prvním trimestru. To by znamenalo, že s nástupem těhotenství by se staly více soběstačné a postupně by soběstačnost klesala až ke třetímu trimestru, kde tato hodnota byla vždy nižší oproti době před otěhotněním. Tento fakt může být dán skutečností, že doba před otěhotněním je velmi dlouhé období. Průměrně mají ženy s míšní lézí děti 5-15 let po poranění míchy (Kurze et al., 2018). Respondentky v 66,6 % případech uváděly dobu od porodu delší než 10 let (*viz graf 9.4*). V porovnání s dobou devíti měsíců těhotenství mohou mít některé ženy zkreslenou představu. Do období před otěhotněním lze také zahrnout období těsně po úrazu, kde se ženy učí být samostatné a žít bez asistence. Je také možné, že ženy otázku pochopily nesprávně.

Hradilová tvrdí, že nejvíce je potřeba řešit oblast soběstačnosti od konce druhého trimestru (2024). Ze získaných výsledků by se dalo určit, že nejvíce potřebují ženy podporu v soběstačnosti ve třetím trimestru, kde by bylo vhodné se zaměřit na mobilitu v exteriéru, oblékání dolní poloviny, koupání dolní poloviny, přesuny lůžko – vozík, mobilita na lůžku a přesun vozík – auto. Ve druhém trimestru by se dalo zaměřit na mobilitu v exteriéru, koupání dolní poloviny a přesun vozík – toaleta (*viz tab. 2.3 – červené a žluté hodnoty*).

Literatura uvádí, že je asistence potřeba ve většině aktivit běžného dne (Nas, 2015), a je potřeba věnovat pozornost soběstačnosti v ADL a uvažovat o asistenci, která může být ze strany blízkého, asistenční služby nebo kompenzační pomůcky (Hradilová, 2021). Nejvíce je asistence využívána na konci těhotenství (Hradilová, 2024). Ve výsledcích v předpokladu 2 se ukázalo, že více než polovina žen nevyužívala během těhotenství asistenci v podobě asistenční služby nebo partnera/blízkého. Zbylé ženy, které asistenci uvedly, využívaly ve většinovém počtu partnera nebo blízkou osobu. V jednom případě se jednalo o asistenční službu (*viz grafy 2.12 a 2.13*). Přesto se ukázalo, že těhotenství u ženy s poraněním míchy má vliv i na okolí nastávající matky. To může být předmětem práce ergoterapeuta. Může konzultovat a věnovat se nácviku asistence, aby byl partner nebo blízká osoba, co nejvíce nápomocný a zároveň si chránili své vlastní zdraví. Tato ergonomická edukace by mohla zefektivnit asistenci. Pokud by asistent nebyl schopný ženě pomoc z důvodu vlastní limitace, byla by tato pomoc omezená a celý stav by byl pro ženu náročnější a mohl by ovlivnit psychickou stránku.

Byla využívána více úplná asistence oproti částečné asistenci z hlediska počtu nejvíce problematických položek (*viz tab. 2.4 a 2.5*). Úplná asistence byla nejvíce využívána ve třetím

trimestru u vertikálních přesunů, naložení vozíku do auta a mobility v exteriéru. Ve druhém trimestru byla nejvíce využívána u vertikálních přesunů a naložení vozíku do auta. V prvním trimestru byla nejvíce využívána u vertikálních přesunů, naložení vozíku do auta a mobility v exteriéru. Ukázalo se, že nejvíce úplnou asistenci využívaly ženy v prvním a třetím trimestru (*viz tab. 2.4 žluté a červené hodnoty*).

Částečnou asistenci využívaly nejvíce ženy ve třetím trimestru u položek přesun lůžko – vozík, koupání dolní polovina, mobilita v exteriéru a oblékání – dolní polovina. Ve druhém trimestru nejvíce využívaly částečnou asistenci u mobility v exteriéru. V prvním trimestru byla nejvíce využívána u přesunu lůžko – vozík, koupání dolní polovina a mobilita v exteriéru. Nejvíce byla částečná asistence využívána v prvním a třetím trimestru (*viz tab. 2.5 žluté hodnoty*).

Dotazník se zaměřoval také na využití kompenzačních pomůcek. Respondentky uvedly čtyři položky, u kterých je využívaly. Jednalo se o monitoraci zdravotního stavu ženy a miminka a vyprazdňování moči a stolice. Využití bylo velmi malé. Největší procentuální zastoupení bylo u monitorace zdravotního stavu miminka ve třetím trimestru a vyprazdňování moči v druhém trimestru (*viz tab. 2.6*). Využití bylo proměnlivé v jednotlivých trimestrech, tudíž nelze jednoznačně popsat, ve kterém trimestru se kompenzační pomůcky nejvíce používaly. Důvodem nízkého využití mohlo být nedostatečné povědomí o využití kompenzačních pomůcek. Proto by tato oblast mohla být předmětem ergoterapeutické intervence, aby byla žena více edukovaná a měla informace o výběru a dostupnosti pomůcek.

V dotazníku se v některých případech vyskytovaly odpovědi, kde respondentky uvádějí využití více strategií. Nejvíce bylo toto využití ve druhém trimestru u koupání dolní poloviny, přesunu vozík – toaleta a přesunu lůžko – vozík. Ve třetím trimestru se kombinace strategií využila u koupání dolní poloviny a mobility v exteriéru (*viz tab. 2.7*).

Využití všech typů asistence obecně bylo největší v prvním a ve třetím trimestru. Tento fakt je v rozporu s předpokladem 2, a také s tvrzením v teoretické části, kde se očekávalo největší využití ve třetím a ve druhém trimestru. V druhém trimestru byla nejvíce využita pouze kombinace strategií. Může být pravděpodobné, že s nástupem těhotenství měly ženy vyšší obavy, a tak si nechaly dopomoc v některých aktivitách. V druhém trimestru mohly cítit, že asistence není tolik nutná, a tak ji nevyužívaly. S nástupem třetího trimestru, kdy je největší

břicho a zhoršuje se mobilita, se k využití asistence mohly vrátit, protože dané aktivity byly opravdu náročné na vykonávání.

Z výsledků z předpokladu 3 se ukázalo, že během těhotenství přešlo na jiný způsob vyprazdňování moči téměř polovina žen. Všechny přešly na permanentní močový katétr (*viz graf 2.32*). Tento fakt ukazuje na důvod, z kterého se v prvním předpokladu jeví, že tato položka není problematická. Ženy začaly využívat jinou strategii, aby mohly být soběstačné. Přesto je vhodné se položce vyprazdňování moči věnovat ve vyšší míře, z důvodu vyššího počtu případů s močovou infekcí (*viz graf 9.11*), která se vztahuje právě k používání permanentního močového katétru, a tudíž mohou být ženy ve vyšší míře ohrožené jejím vznikem. K přechodu na jiný způsob došlo v prvním nebo ve třetím trimestru (*viz graf 2.33*). To je v rozporu s dostupnou literaturou, která uvádí, že k přechodu dochází nejčastěji od druhého trimestru (McLain et al., 2016; Hladíková, 2021). Tento rozpor lze brát ze dvou pohledů. S nástupem těhotenství mohly ženy přejít na jiný způsob z důvodu prevence. Ve třetím mohly přejít z důvodu nemožnosti aktivitu vykonat přes anatomické proporce těla.

Vyprazdňování stolice nezměnila více než polovina žen. Přejít na novou strategii je rovnoměrný v každém trimestru (*viz graf 2.37*). S ohledem na zařazení vyprazdňování stolice jako jednu z položek, u které došlo k poklesu soběstačnosti a navýšila se míra asistence, se jeví vyprazdňování stolice stále problematické i přes využití nové strategie.

Z výsledků z předpokladu 4 uvedly respondentky pouze ve dvou případech, že pracovaly s ergoterapeutem (*viz graf 2.38*). Spolupráce byla pouze ve druhém a ve třetím trimestru. Zaměřovaly se na přípravu rodičovství, výběr pomůcek pro dítě, porod, ADL a jiným oblastem (*viz graf 2.39*).

Autoři zmiňují změnu těžiště těla s postupem těhotenství, na což by se mělo reagovat úpravou postury sedu nebo vozíku (Hradilová, 2021). Posturu sedu na vozíku řešily v dotazníku pouze dvě respondentky (*viz graf 2.40*). Mechanický nebo elektrický vozík vnímala jako nevyhovující pouze jedna respondentka (*viz graf 2.42*). Důvodem byla vysoká váha vozíku.

Jeví se jako pozitivní, že ženy neměly problém v oblastech sedu, nastavení vozíku nebo nemuseli ergoterapeuta využít, protože by bylo vše v pořádku. Naskytuje se otázka, proč tak malé množství žen pracovalo s ergoterapeutem. V *grafu 9.6* je uvedeno, že téměř polovina žen

byla spokojená s informacemi o těhotenství, které dostala a ostatní buď spokojené nebyly nebo si nebyly jisté.

Nelze posoudit a ani určit práci ergoterapeuta v průběhu těhotenství z důvodu nízkého počtu respondentek, které pracovaly s ergoterapeutem nebo, které řešily mechanický/elektrický vozík a posturu sedu na vozíku. Je pravděpodobné, že ženy u sebe nepocit'ovaly subjektivně problémy, které ale objektivně být mohly, a tudíž je ani neřešily. Z hlediska vozíku by ergoterapeut mohl objevit odchylky od správného funkčního sedu nebo vylepšit úpravu vozíku. V případě, že s ženou nepracoval, neměl ani možnost tyto oblasti řešit a preventivně či edukačně zasáhnout.

Ergoterapeut by neměl pracovat s ženami pouze v případě, že mají nějaký problém, ale měl by působit hlavně preventivně, aby se případným komplikacím předcházelo a došlo k podpoře v daných oblastech. Záleželo vždy na povaze osoby, jestli si chce žena nechat poradit nebo jestli ví, že se může s ergoterapeutem spojit nebo si jednoduše nemusí být problému vědoma.

Dle uvedených informací se jeví, že by bylo vhodné ženy více edukovat o možnosti spolupráce s ergoterapeutem, který jim může nabídnout velké množství podpory v různých oblastech. Bylo by vhodné s ženami mluvit ve vyšší míře o těhotenství ještě před početím a zdůraznit možnost podpory ergoterapeuta, aby se na něj mohly v případě potřeby obrátit. Při vyšším počtu žen, které budou mít tyto zkušenosti, bude možné definovat práci ergoterapeuta během těhotenství.

## 4 ZÁVĚR

Těhotenství u žen s míšní lézí je velmi specifické téma, které však nabízí mnoho oblastí pro výzkum. V rámci této bakalářské práce bylo cílem identifikovat oblasti podpory ergoterapeuta a využití ergoterapeuta v průběhu těhotenství se zaměřením na soběstačnost a ovlivnění kvality života v průběhu tohoto období. Práce se také zabývala asistencí v oblastech personálních ADL a její proměnlivost napříč těhotenstvím.

Ukázalo se, že u těhotných žen s míšní lézí s postupem těhotenství klesá soběstačnost v ADL, která je v porovnání s dobou před otěhotněním nejnižší ve třetím trimestru. Nejvíce u přesunů, mobility, vyprazdňování stolice a aktivitách vyžadujících předklon. Práce tím potvrdila předpoklad 1 a koreluje také s tvrzením v teoretické části.

Předpoklad 2 byl naplněný z části. Asistenci využívá přibližně polovina žen a je nejvyšší v prvním a třetím trimestru, což je v rozporu s dostupnou literaturou.

Předpoklad 3 se podařilo potvrdit. Vyprazdňování moči se ukazuje jako problematické vzhledem k nutnosti přejít na jiný způsob vyprazdňování. Vyprazdňování stolice se ukazuje problematické, protože dochází k poklesu soběstačnosti a potřeby navýšení asistence. Uvedený předpoklad odpovídán tvrzením v teorii.

Předpoklad 4 není možné určit z důvodu nedostatečného množství žen, s kterými pracoval ergoterapeut. Podle trimestrů lze určit pouze intervenci zaměřenou na ADL. Hlavním limitem pro dosažení a určení tohoto předpokladu bylo nízké množství respondentek. Jelikož se jedná o pilotáž dotazníku, ve kterém se bude pokračovat, jeví se tento poznatek jako jedno z důležitých kritérií, aby se dala identifikovat ergoterapeutická podpora v průběhu těhotenství.

Vzhledem k této skutečnosti se nabízí možnost dále zkoumat, jakým jiným způsobem ženu podpořit během těhotenství. Jednou z možností se nabízí psychická podpora nebo následná intervence na přípravu na péči o dítě. Část z respondentek uvedla, že měla více dětí nebo zmínila náročnost období po porodu.

Přesto je zjištění problematických položek ADL zásadní pro podporu v oblasti soběstačnosti, což bylo náplní hlavního cíle práce. Určení typu asistence a jejího využití v jednotlivých trimestrech podařilo naplnit dílčí cíl práce. Je důležité zmínit, že v rámci interakce s ergoterapeutem by vzájemná setkání měla postupovat dle cílů ženy. Ergoterapeut



by měl být pouze průvodcem v tomto období, kdy ženu podpoří v moment kdy je to třeba. Výsledek této práce by měl sloužit jako pomůcka k orientaci a konkrétnějšímu zaměření práce ergoterapeuta, aby byl schopný ženu vhodně a efektivně podpořit.

## 5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARSH, Aatik, Zunaira ANWAR, Amir ZEB a Syed Muhammad ILYAS. Effectiveness of occupational therapy in improving activities of daily living performance in complete cervical tetraplegic patients; A quasi experimental study. *Pakistan Journal of Medical Sciences* [online]. 2019, **36**(2), [cit. 2024-03-14]. ISSN 1681-715X. Dostupné z: doi:10.12669/pjms.36.2.1002

BARBIELLINI AMIDEI, Claudio, Laura SALMASO, Stefania BELLIO a Mario SAIA. Epidemiology of traumatic spinal cord injury: a large population-based study. *Spinal Cord* [online]. 2022, **60**(9), 812-819 [cit. 2024-02-22]. ISSN 1362-4393. Dostupné z: doi:10.1038/s41393-022-00795-w

BERTSCHY, Sue, Szilvia GEYH, Jürgen PANNEK a Thorsten MEYER. Perceived needs and experiences with healthcare services of women with spinal cord injury during pregnancy and childbirth — a qualitative content analysis of focus groups and individual interview. *BMC Health Services Research* [online]. 2015, **15**(1), [cit. 2023-11-24]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0878-0>.

CAMUNE, Barbara D. Challenges in the Management of the Pregnant Woman With Spinal Cord Injury. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* [online]. 2013, **27**(3), 225-231 [cit. 2023-09-27]. ISSN 0893-2190. Dostupné z: doi:10.1097/JPN.0b013e31829ca83f

CASTRO, Jorge S., Cátia LOURENÇO a Marcelina CARRILHO. Successful pregnancy in woman with paraplegia. *BMJ Case reports* [online]. 2014, [cit. 2023-10-13]. bcr2013202479 bcr2013202479. ISSN 1757-790X. Dostupné z: doi:10.1136/bcr-2013-202479

CZEPA – česká asociace paraplegiků. *Poškození míchy*. In: czepa.cz [online]. Česká asociace paraplegiků – CZEPA, © 2023 [cit. 2023-12-05]. Dostupné z: <https://czepa.cz/poskozeni-michy/>

Česká společnost pro míšní léze. *Formuláře*. In: spinalcord.cz [online]. Česká společnost pro míšní léze, © 2024 [cit. 2023-09-11]. Dostupný z: <https://www.spinalcord.cz/formulare/>

Česká společnost pro míšní léze. *Statistiky*. In: spinalcord.cz [online]. Česká společnost pro míšní léze, © 2024 [cit. 2023-09-11]. Dostupný z: <https://www.spinalcord.cz/statistiky/>

Fakultní nemocnice v Motole. *Spinální jednotka při Klinice rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Moto: Očekávané funkční výsledky*. In: fnmotol.cz [online]. Fakultní nemocnice v Motole © 2024. [cit. 2023-11-25]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/wp-content/uploads/ocekavane-funkcni-vysledky.pdf>

FALTÝNKOVÁ, Zdeňka a Iva HRADILOVÁ. Česká asociace paraplegiků – CZEPA, z. s.. *Webinář: Pro ženy o ženách po poranění míchy*. In: YouTube [online]. 12.12. 2023 [cit. 2024 02-11]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=V721FKzT-pQ>

FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. *Vše okolo tetraplegie* [online]. Druhé vydání. Praha: Česká asociace paraplegiků - CZEPA, 2012, [cit. 2023-09-22]. ISBN 978-80-260-5098-8. Dostupné z: [https://czepa.cz/wp-content/uploads/2020/01/Vse\\_okolo\\_tetraplegie\\_CZEPA.pdf](https://czepa.cz/wp-content/uploads/2020/01/Vse_okolo_tetraplegie_CZEPA.pdf)

GHIDINI, Alessandro a Maureen SIMONSON. Pregnancy After Spinal Cord Injury: A Review of the Literature. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation* [online]. 2011, **16**(3), 93-103 [cit. 2023-10-26]. ISSN 1082-0744. Dostupné z: <https://doi.org/10.1310/sci1603-93>

GOODINGS Hannah. *Pregnancy after spinal cord injury*. In: community.scireproject.com [online]. 2023 (11), [cit. 2023-07-23]. Dostupný z: [https://community.scireproject.com/wp-content/uploads/SCIRE-C\\_Pregnancy\\_Download.pdf](https://community.scireproject.com/wp-content/uploads/SCIRE-C_Pregnancy_Download.pdf)

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*, první vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HADDAD, Alexander F., John F. BURKE a Sanjay S. DHALL. The Natural History of Spinal Cord Injury. *Neurosurgery Clinics of North America* [online]. 2021, **32**(3), 315-321 [cit. 2023 09-15]. ISSN 10423680. Dostupné z: [doi:10.1016/j.nec.2021.03.003](https://doi.org/10.1016/j.nec.2021.03.003)

HAGEN, Ellen, Tiina REKAND, Marit GRØNNING a Svein FÆRESTRAND. Cardiovascular complications of spinal cord injury. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online]. 2012, **132**(9), 1115-1120 [cit. 2023-09-15]. ISSN 0029-2001. Dostupné z: [doi:10.4045/tidsskr.11.0551](https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0551)

HÁJEK, Zdeněk a kolektiv. *Rizikové a patologické těhotenství*, první vydání. Praha: Grada, 2004. První vydání. ISBN: 80-247-0418-8

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*, čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLLENBACH, Pamela Marie, Lisa A. RUTH-SAHN a James HOLE. Management of the Pregnant Patient With a Spinal Cord Injury. *Journal of Neuroscience Nursing* [online]. 2020, **52**(2), 53-57 [cit. 2023-05-13]. ISSN 1945-2810. Dostupné z: doi:10.1097/JNN.0000000000000493

HRADILOVÁ Iva. *Plánování rodičovství lidí po poškození míchy – role ergoterapeuta*. Prezentace prezentovaná na konferenci České asociace ergoterapeutů 7. 10. 2022 [cit. 2024-02-11].

HRADILOVÁ, Iva, ergoterapeutka a garantka oblasti intimního života, sexuality a partnerství. [ústní sdělení]. Praha, 14.4.2024.

HRADILOVÁ, Iva. *Máma, táta na vozíku: No problem*. In: Magazín Paraple [online]. 2023 (8), [cit. 2024-02-11]. Dostupné z: <https://www.paraple.cz/magazin/2022/>

IEZZONI Lisa I., Amy J. WINT, Suzanne C. SMELTZER, Jeffrey L. ECKER. Effects of disability on pregnancy experiences among women with impaired mobility. *Acta Obstetrics et Gynecologica Scandinavica* [online]. 2015, **94**(2), 133-140 [cit. 2023-05-14]. ISSN 00016349. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/aogs.12544>

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Metodika ke zpracování závěrečné práce pro vybrané nelékařské zdravotnické obory: kvantitativní výzkum*. In: Masarykova Univerzita v Brně [online]. 2019, [cit. 2024-04-20]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika\\_zp/web/pages/07-quantitativni.html](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika_zp/web/pages/07-quantitativni.html)

KARLSSON, AK. Autonomic dysreflexia. *Spinal Cord* [online]. 1999, **37**(6), 383-391. ISSN 1362-4393 [cit. 2023-05-14]. Dostupné z: doi:10.1038/sj.sc.3100867

KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*, druhé vydání. Praha: Galén, 2020. ISBN 978-80-7492-500-9

KRASSIOUKOV Andrei, Stacy ELLIOTT, Shea HOCALOSKI, Olga KRASSIOIKOV-ENNS, Karen HODGE, Stephanie GILLESPIE, Sherry CAVES et al. *Breastfeeding following SCI: Costumer guide for mothers*. In: community.scireprojekt.com [online]. 2023 (1), [cit.

2023-07-23]. Dostupný z: [https://community.scireproject.com/wp-content/uploads/Breastfeeding-Following-SCI\\_Consumer-Guide-for-Mothers.pdf](https://community.scireproject.com/wp-content/uploads/Breastfeeding-Following-SCI_Consumer-Guide-for-Mothers.pdf)

KRIVOŠÍKOVÁ, Maria. *Úvod do ergoterapie*, první vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-7346-9.

KŘÍŽ Jiří a Veronika HYŠPERSKÁ. Rizikové stavy u pacientů v chronické fázi po poškození míchy. *Neurologie pro praxi* [online]. 2009, **10**(3), 137-142 [cit. 2023-01-07]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/03/03.pdf>

KŘÍŽ, Jiří et al. *Poranění míchy: příčiny, důsledky, organizace péče*. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-424-8.

KURZE Ines, Markus SCHMIDT, Sue BERTSCHY, Ute Lange, Simone KUES a Kai FIEBAG. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen mit Querschnittlähmung (Langfassung). In: Das Portal der wissenschaftlichen Medizin [online]. 2018, [cit. 2023-01-07]. Dostupné z: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/179-0021\\_S2k\\_Wochenbett-Schwangerschaft-Geburt-Querschnittlaehmung\\_2018-10\\_1.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/179-0021_S2k_Wochenbett-Schwangerschaft-Geburt-Querschnittlaehmung_2018-10_1.pdf)

LE LIEPVRE, H., A. DINH, B. IDIARD-CHAMOIS, E. CHARTIER-KASTLER, V. PHÉ, A. EVEN, G. ROBAIN a P. DENYS. Pregnancy in spinal cord-injured women, a cohort study of 37 pregnancies in 25 women. *Spinal Cord* [online]. 2017, **55**(2), 167-171 [cit. 2023-01-07]. ISSN 1362-4393. Dostupné z: doi:10.1038/sc.2016.138

LIN, John a Wesley CHAY. Special Considerations in Assessing and Treating Spasticity in Spinal Cord Injury. *Physical medicine and rehabilitation clinics of north america* [online]. **29**(3), 445-453 [cit. 2023-01-07]. ISSN 10479651. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2018.03.001>.

Magazín Paraple: *Žena intimně* [online]. Třetí vydání. Praha: Centrum Paraple, 2021 (10), 43-70 [cit. 2023-05-13]. ISSN: 2570-8198. Dostupné z: <https://www.paraple.cz/magazin/2021/>

Masarykova Univerzita v Brně. *Konstrukce dotazníku*. In: is.muni.cz [online]. Nedatováno, [cit. 2024-04-20]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/med/jaro2020/BVMV041p/Metodologie\\_2020-Doplneni\\_Dotaznik2.pdf](https://is.muni.cz/el/med/jaro2020/BVMV041p/Metodologie_2020-Doplneni_Dotaznik2.pdf)

MCLAIN Amie B., Taylor MASSENGILL a Phil KLEBINE. *Pregnancy and woman with spinal cord injury*. In: scireprojekt.com [online]. 2015 (5), [cit. 2023-07-23]. Dostupný z: <https://scireprojekt.com/wp-content/uploads/2022/01/SCI-and-Pregnancy-508.pdf>

MCLAIN, Amie B., Taylor MASSENGILL a Phillip KLEBINE. Pregnancy and Women With Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [online]. 2016, **97**(3), 497-498 [cit. 2023-01-17]. ISSN 00039993. Dostupné z: doi:10.1016/j.apmr.2015.10.078

MITRA, Monika, Linda M. LONG-BELLIL, Lisa I. IEZZONI, Suzanne C. SMELTZER a Lauren D. SMITH. Pregnancy among women with physical disabilities: Unmet needs and recommendations on navigating pregnancy. *Disability and Health Journal* [online]. 2016, **9**(3), 457-463 [cit. 2024-01-17]. ISSN 19366574. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.12.007>.

NAS, Kemal. Rehabilitation of spinal cord injuries. *World Journal of Orthopedics* [online]. 2015, **6**(1), [cit. 2024-03-10]. ISSN 2218-5836. Dostupné z: <https://doi.org/10.5312/wjo.v6.i1.8>.

Outcomes Following Traumatic Spinal Cord Injury: Clinical Practice Guidelines For Health-Care Professionals. In: *The Journal of Spinal Cord Medicine* [online]. 1999, **23**(4), 32 stran, [cit. 2024-02-03]. ISSN 1079-0268. Dostupné z: [https://pva.org/wp-content/uploads/2021/09/cpg\\_outcomes-following-traumatic-sci.pdf](https://pva.org/wp-content/uploads/2021/09/cpg_outcomes-following-traumatic-sci.pdf)

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*, páté vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN: 978-80-7492-214-5

Pregnancy and spinal cord injury: an information booklet for women with SCI. In: *Spinal cord injury organization of BC* [online]. 2015 (4), [cit. 2024-03-11]. Dostupný z: <https://scisexualhealth.ca/wp-content/uploads/2015/05/Pregnancy-and-SCI-booklet-V7.pdf>

ROBERTSON, Katherine a Felicity ASHWORTH. Spinal cord injury and pregnancy. *Obstetric Medicine* [online]. 2022, **15**(2), 99-103 [cit. 2024-03-11]. ISSN 1753-495X. Dostupné z: doi:10.1177/1753495X211011918

RŮŽIČKA, Evžen, Karel ŠONKA, Petr MARUSIČ a Robert RUSINA. *Neurologie*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-681-5.

ŠÁMAL, Filip, Martin OUZKÝ a Pavel HANINEC. Spinal cord lesions from neurosurgical perspective. *Neurologie pro praxi* [online]. 2017, **18**(6), 386-388 [cit. 2024-04-15]. ISSN 12131814. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/neu.2017.115>.

ŠÁMAL, Vladimír a Jan MEČL. Autonomní dysreflexie u pacientů po spinálním poranění. *Czech Urology/Česká Urologie* [online]. 2014, **18**(4), 279-287 [cit. 2024-04-15]. ISSN 1211-8729. Dostupné z: <https://www.czechurol.cz/pdfs/cur/2014/04/03.pdf>

TOLLEFSEN, Elin a Ove FONDENES. Respiratoriske komplikasjoner ved ryggmargsskader. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online]. 2012, **132**(9), 1111-1114 [cit. 2024-04-12]. ISSN 0029-2001. Dostupné z: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0922>.

URBÁNEK, Eduard a Jiří BURIÁNEK. 1995. *Základy sociologie: učební text pro střední školy*, druhé, upravené a rozšířené vydání. V Praze: S & M, 1995. ISBN isbn80-900096-6-2.

WASIAK, Krzysztof, Krzysztof CZAJKOWSKI a Justyna FRASUŃSKA. Spinal cord injury during early pregnancy: Problems in the course of rehabilitation and infant care, a case report. *The Journal of Spinal Cord Medicine* [online]. 2023, **46**(4), 692-696 [cit. 2024-03-11]. ISSN 1079-0268. Dostupné z: [doi:10.1080/10790268.2021.1965336](https://doi.org/10.1080/10790268.2021.1965336)

WENDEL, Michael P., Julie R. WHITTINGTON, Megan E. PAGAN, Dayna D. WHITCOMBE, Jason A. PATES et al. Preconception, Antepartum, and Peripartum Care for the Woman With a Spinal Cord Injury: A Review of the Literature. *Obstetrical & Gynecological Survey* [online]. 2021, **76**(3), 159-165 [cit. 2024-03-11]. ISSN 1533-9866. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000868>

Zákona č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách – znění od 1.1. 2024. In: Zákon pro lidi [online]. Praha: ©AION CS, s.r.o. 2010–2024 [cit. 2024-02-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

## **6 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ**

Obrázek 1.1 Polohy při kojení (zdroj: Krassioukov et. al., 2023)

Obrázek 1.2 Pomůcky pro péči o dítě (zdroj: Máma, táta na vozíku. No problem, Hradilová 2023)



## 7 SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

- Graf 2.1 ADL – samostatně před otěhotněním (zdroj: vlastní)
- Graf 2.2 ADL – samostatně první trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.3 ADL – samostatně druhý trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.4 ADL – samostatně třetí trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.5 ADL – nevykonávám před otěhotněním (zdroj: vlastní)
- Graf 2.6 ADL – nevykonávám první trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.7 ADL – nevykonávám druhý trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.8 ADL – nevykonávám třetí trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.9 Zhoršení mobility (zdroj: vlastní)
- Graf 2.10 Změna způsobu přesunů v jednotlivých trimestrech (zdroj: vlastní)
- Graf 2.11 Nové strategie přesunů (zdroj: vlastní)
- Graf 2.12 Osobní asistence (zdroj: vlastní)
- Graf 2.13 Typ asistence (zdroj: vlastní)
- Graf 2.14 ADL – úplná asistence před otěhotněním (zdroj: vlastní)
- Graf 2.15 ADL – úplná asistence první trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.16 ADL – úplná asistence druhý trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.17 ADL – úplná asistence třetí trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.18 ADL – částečná asistence před otěhotněním (zdroj: vlastní)
- Graf 2.19 ADL – částečná asistence první trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.20 ADL – částečná asistence druhý trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.21 ADL – částečná asistence třetí trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.22 ADL – kompenzační pomůcky před otěhotněním (zdroj: vlastní)
- Graf 2.23 ADL – kompenzační pomůcky první trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.24 ADL – kompenzační pomůcky druhý trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.25 ADL – kompenzační pomůcky třetí trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.26 ADL – kombinace strategií před otěhotněním (zdroj: vlastní)
- Graf 2.27 ADL – kombinace strategií první trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.28 ADL – kombinace strategií druhý trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.29 ADL – kombinace strategií třetí trimestr (zdroj: vlastní)
- Graf 2.30 Přejít na jiný způsob vyprazdňování moči (zdroj: vlastní)
- Graf 2.31 Způsoby vyprazdňování moči před těhotenstvím (zdroj: vlastní)

Graf 2.32 Nový způsob vyprazdňování moči (zdroj: vlastní)

Graf 2.33 Trimestry – vyprazdňování moči (zdroj: vlastní)

Graf 2.34 Přejchod na jiný způsob vyprazdňování stolice (zdroj: vlastní)

Graf 2.35 Způsoby vyprazdňování stolice před těhotenství (zdroj: vlastní)

Graf 2.36 Způsoby vyprazdňování stolice během těhotenství (zdroj: vlastní)

Graf 2.37 Trimestry – vyprazdňování stolice (zdroj: vlastní)

Graf 2.38 Spolupráce s ergoterapeutem (zdroj: vlastní)

Graf 2.39 Ergoterapeutická intervence (zdroj: vlastní)

*Graf 2.40 Postura sedu na vozíku (zdroj: vlastní)*

Graf 2.41 *Důvody špatné postury sedu (zdroj: vlastní)*

Graf 2.42 *Mechanický/elektrický vozík (zdroj: vlastní)*

Graf 9.1 Věk (zdroj: vlastní)

Graf 9.2 Typ míšňí léze (zdroj: vlastní)

Graf 9.3 Počet těhotenství (zdroj: vlastní)

Graf 9.4 Doba od porodu (zdroj: vlastní)

Graf 9.5 Plánování těhotenství (zdroj: vlastní)

Graf 9.6 Informovanost o těhotenství (zdroj: vlastní)

Graf 9.7 Podpora rodiny a blízkých (zdroj: vlastní)

Graf 9.8 Pády v těhotenství (zdroj: vlastní)

Graf 9.9 Hospitalizace v nemocnici (zdroj: vlastní)

Graf 9.10 Zdravotnická a sociální péče (zdroj: vlastní)

Graf 9.11 Komplikace míšňí léze v čase (zdroj: vlastní)

## **8 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK**

Tabulka 1.1 Věci do porodnice (zdroj: žena intimně, Hradilová 2021)

Tabulka 2.1 Otázky první části dotazníku (zdroj: vlastní)

Tabulka 2.2 Otázky z dotazníku 2 – 4 část (zdroj: vlastní)

Tabulka 2.3 Souhrn problematických položek (zdroj: vlastní)

Tabulka 2.4 Souhrn asistence (úplná asistence) (zdroj: vlastní)

Tabulka 2.5 Souhrn asistence (částečná asistence) (zdroj: vlastní)

Tabulka 2.6 Souhrn asistence (kompenzační pomůcky) (zdroj: vlastní)

Tabulka 2.7 Souhrn asistence (kombinace strategií) (zdroj: vlastní)

## **9 PŘÍLOHY**

### **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Dotazník (zdroj: vlastní)

Příloha č. 2 – Leták s QR kódem (zdroj: vlastní)

Příloha č. 3 – Obecné výsledky získané z dotazníku (zdroj: vlastní)

## Příloha č. 1 - Dotazník

**Dotazník je rozdělený celkem do pěti částí. První se zaměřuje na obecné informace, které zahrnují demografické údaje a otázky cílí na těhotenství obecně. Další tři části se zaměřují na jednotlivé trimestry (období po 3 měsících), které obsahují totožné otázky. V poslední části budete mít prostor pro další poznámky či podněty, které byste ráda sdílet dál.**

### 1) Kolik je Vám let?\*

*Vyberte jednu odpověď*

- méně než 20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- více než 50 let

### 2) Jaký máte typ míšňí léze?\*

*Vyberte jednu odpověď*

- Pentaplegie (oblast C1/3, míra ochrnutí svalových skupin zajišťujících pohyb krku a horních i dolních končetin)
- Vysoká tetraplegie (oblast C4/5, míra ochrnutí svalových skupin zajišťujících pohyb svalů ramen a horních i dolních končetin)
- Nízká tetraplegie (oblast C6/8, míra ochrnutí svalových skupin zajišťujících pohyb svalů pod oblastí ramen a horních i dolních končetin)
- Vysoká paraplegie (oblast Th1/6, míra ochrnutí svalových skupin zajišťujících pohyb hrudníku a dolních končetin)
- Nízká paraplegie (oblast Th10/L, míra ochrnutí svalových skupin zajišťujících pohyb svalů od poloviny břicha a dolních končetin)
- Vysoká tetraparéza (částečné ochrnutí svalů zajišťujících pohyb od oblasti ramen po horní i dolní končetiny)
- Nízká tetraparéza (částečné ochrnutí svalů zajišťujících pohyb pod oblastí ramen po horní i dolní končetiny)
- Vysoká paraparéza (částečné ochrnutí svalů zajišťujících pohyb od oblasti hrudníku po dolní končetiny)
- Nízká paraparéza (částečné ochrnutí svalů zajišťujících pohyb dolních končetin)

**3) Kolikrát jste byla těhotná po poškození míchy?\***

*Vyberte jednu odpověď*

- 1
- 2-3
- 4-5
- více než 5

**4) Kolik let uplynulo od porodu?\***

*Vyberte jednu odpověď*

- do 1 roku
- do 2 let
- do 5 let
- do 10 let
- více než 10 let

**5) Bylo těhotenství plánované?\***

*Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Ne

**6) Myslíte si, že jste měla dostatek informací ohledně těhotenství u míšní léze?\***

*Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Ne
- Nevím

**7) Měla jste během těhotenství podporu ze strany rodiny/blízkých?\***

*Vyberte jednu odpověď*

- Ano

- Ne

**8) Musela jste v období těhotenství využít osobní asistenci?\***

*Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Ano, využívala jsem asistenci už i před otěhotněním
- Ne
- Jiná

**9) Pokud jste odpověděla v předchozí otázce "ano", o který typ asistence se jednalo?**

*Vyberte jednu odpověď. Pokud se jednalo o jiný typ, uveďte ho do kolonky "jiná".*

- Asistenční služby
- Partner/blízký
- Jiná

**10) Upadla jste v průběhu těhotenství?\***

*Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Ano, zvládla jsem se dostat samostatně zpět
- Ano, musela jsem si zavolat o pomoc
- Ne, občas jsem ale málem upadla
- Ne, nikdy jsem ani nezavrávorala

**11) Byla jste během těhotenství hospitalizovaná v nemocnici? Pokud ano, z jakého důvodu?**

*Např. vysoký krevní tlak, močová infekce, pneumonie, preeklampsie či předčasné kontrakce.*

- Napište jedno nebo více slov

**12) Které odbornosti s Vámi během těhotenství pracovaly?\***

*Vyberte jednu nebo více odpovědí. V případě spolupráce s jinou profesí, napište do kolonky "jiná" název této profese.*

- Spinální lékař
- Neurolog

- Urolog
- Gynekolog
- Fyzioterapeut
- Ergoterapeut
- Sociální pracovník
- Všeobecná sestra
- Laktační poradce
- Psychiatr
- Peer mentor
- Porodní asistentka
- Jiná

**13) Setkala jste se před otěhotněním s níže uvedenými komplikacemi spojenými s míšní lézí?\***

*Vyberte jednu nebo více odpovědí. V případě jiné další komplikace ji doplňte do kolonky "jiná".*

- Autonomní dysreflexie (zvýšení krevního tlaku - pocení a bolest hlavy, malátnost, nevolnost, zvýšený srdeční tep)
- Ortostatická hypotenze (nízký krevní tlak - motání hlavy, malátnost, dušnost, porucha vědomí)
- Porucha termoregulace (pocit zimy/tepla)
- Respirační problémy (zhoršené vykašlávání, dušnost, vykašlávání růžově zbarvené tekutiny atd.)
- Dekubity (proleženiny)
- Spasticita (zvýšené svalové napětí, případně záškuby některé části těla při změně polohy)
- Osteoporóza (zvýšená náchylnost kostí ke zlomeninám)
- Inkontinence moči (únik moči)
- Infekce močových cest
- Zvýšená frekvence močení
- Pyelonefritida (zánět ledvin)
- Střevní problémy (zácpa apod.)
- Trombóza (vznik krevní sraženiny)
- Nesetkala jsem se
- Jiná

**14) Jaký způsob vyprazdňování moči jste využívala před těhotenstvím?\***



*Vyberte jednu odpověď*

- Permanentní močový katétr
- Epicystostomie (katétr přes břišní stěnu do močového měchýře, moč je odváděna tímto otvorem do sběrného váčku)
- Vesikostomie (vstup do močového měchýře přes břišní stěnu a následnou možností cévkování tímto otvorem)
- Cévkování - čistá intermitentní katetrizace
- Spontánní močení
- Jiná

**15) Přešla jste během těhotenství na jiný způsob vyprazdňování moči?\***

*Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Ne
- 

**16) Pokud jste odpověděla "ano" u předchozí otázky, napište na jaký způsob vyprazdňování moči jste přešla v průběhu těhotenství.**

*Vyberte jednu odpověď*

- Permanentní močový katétr
- Epicystostomie (katétr přes břišní stěnu do močového měchýře, moč je odváděna tímto otvorem do sběrného váčku)
- Vesikostomie (vstup do močového měchýře přes břišní stěnu a následnou možností cévkování tímto otvorem)
- Cévkování - čistá intermitentní katetrizace
- Spontánní močení
- Jiná

**17) Uveďte, ve kterém trimestru jste k jinému způsobu vyprazdňování přešla.**

*Vyberte jednu odpověď*

- První trimestr (1-3 měsíc)
- Druhý trimestr (4-6 měsíc)
- Třetí trimestr (7-9 měsíc)

**18) Jaký způsob vyprazdňování stolice jste využívala před těhotenstvím?\***

*Vyberte jednu odpověď*

- Pomocí čípků
- Digitální vybavení (pomocí prstů)
- Proplach střev (klyzma)
- Spontánní vyprazdňování stolice
- Jiná

**19) Přešla jste v průběhu těhotenství na jiný způsob vyprazdňování stolice?\***

*Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Ne

**20) Pokud jste odpověděla "ano" u předchozí otázky, vyplňte na jaký způsob vyprazdňování stolice jste přešla v průběhu těhotenství.**

*Vyberte jednu odpověď*

- Pomocí čípků
- Digitální vybavení (pomocí prstů)
- Proplach střev (klyzma)
- Spontánní vyprazdňování stolice
- Jiná

**21) Uveďte, ve kterém trimestru jste k jinému způsobu vyprazdňování přešla.**

*Vyberte jednu odpověď*

- První trimestr (1-3 měsíc)
- Druhý trimestr (4-6 měsíc)
- Třetí trimestr (7-9 měsíc)

**22) Zaškrtněte, u kterých aktivit jste potřebovala asistenci/které jste zvládla samostatně před otěhotněním/v prvním/druhém/třetím trimestru.\* (+o č. 33/44/55)**

*Vyberte jednu nebo více odpovědí v každém řádku.*

	Samostatně	S úplnou asistencí druhé osoby	S částečnou asistencí druhé osoby	S kompenzační pomůckou	Nevykonávám
Stravování					
Koupání - horní polovina					
Koupání - dolní polovina					
Oblékání - horní polovina					
Oblékání - dolní polovina					
Úprava zevnějšku (mytí rukou a obličeje, čištění zubů, česání vlasů, make-up)					
Použití toalety - hygiena					
Vyprazdňování moči					
Vyprazdňování stolice					
Mobilita na lůžku					
Odlehčovací techniky prevence vzniku dekubitů					
Přesun lůžko-vozik					
Přesun vozík-toaleta					
Přesun vozík - auto					
Naložení vozíku do auta					
Vertikální přesun -(podlaha - vozík)					
Mobilita v interiéru					
Mobilita v exteriéru (více než 100 m)					
Monitorace zdravotního stavu - měření krevního tlaku					
Monitorace zdravotního stavu - pohyby miminka					

**Následující otázky jsou zaměřené pouze na období prvního/druhého/třetího trimestru (1-3 měsíc/4-6 měsíc/5-9 měsíc). Odpovězte, prosím, na následující otázky pouze v souvislosti s prvním trimestrem.**

**23) Se kterými komplikacemi spojenými s míšní lézí jste se setkala?\* (+o č. 34/45)**

*Vyberte jednu nebo více odpovědí. V případě jiné další komplikace ji doplňte do kolonky "jiná".*

- Autonomní dysreflexie (zvýšení krevního tlaku - pocení a bolest hlavy, malátnost, nevolnost, zvýšený srdeční tep)
- Ortostatická hypotenze (nízký krevní tlak - motání hlavy, malátnost, dušnost, porucha vědomí)
- Porucha termoregulace (pocit zimy/tepla)
- Respirační problémy (zhoršené vykašlávání, dušnost, vykašlávání růžově zbarvené tekutiny atd.)
- Dekubity (proleženiny)
- Spasticita (zvýšené svalové napětí, případně záškuby některé části těla při změně polohy)
- Osteoporóza (zvýšená náchylnost kostí ke zlomeninám)
- Inkontinence moči (únik moči)
- Infekce močových cest
- Zvýšená frekvence močení
- Pyelonefritida (zánět ledvin)
- Střevní problémy (zácpa apod.)
- Trombóza (vznik krevní sraženiny)
- Neseťkala jsem se
- Jiná

**24) Pracoval s Vámi v průběhu prvního/druhého/třetího trimestru ergoterapeut?\* (+o č. 35/46)**

*Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Ne

**25) Pokud jste odpověděla u předchozí otázky "ano", která témata jste spolu řešili? (+o č. 36/47)**

*Vyberte jednu nebo více odpovědí. Pokud jste řešili jiná témata, napište, prosím, do kolonky "jiná", o která se jednalo.*

- ADL (běžné denní činnosti - koupání, vyprazdňování, stravování, přesuny, pohyb v interiéru/exteriéru atd.)
- Úprava nastavení vozíku (úprava těžiště, velikosti vozíku atd.)
- Nastavení postury sedu (antidekubitní polštář, zádová opěrka atd.)
- Porod
- Výběr pomůcek k péči o dítě
- Příprava na rodičovství
- Jiná

**26) Řešila jste během prvního/druhého/třetího trimestru posturu sedu na vozíku?\*** (+o č. 37/48)

*Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Ne

**27) Pokud jste odpověděla u předchozí otázky "ano", z jakého důvodu?** (+o č. 38/49)

*Vyberte jednu nebo více odpovědí. Pokud jste řešila posturu sedu na vozíku z jiného důvodu, napište do kolonky "jiná", o jaký se jednalo.*

- Nevyhovující nastavení vozíku (rozměry, těžiště)
- Nevyhovující komponenty vozíku (antidekubitní polštář, zádová opěrka)
- Špatná postura sedu (naklonění do strany, špatné postavení pánve)
- Jiná

**28) Byl pro Vás z nějakého důvodu nevyhovující mechanický/elektrický vozík?\*** (+o č. 39/50)

*Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Ne

**29) Pokud jste odpověděla "ano" u předchozí otázky, z jakého důvodu? Vypište.** (+o č. 40/51)

*Např. byl nevyhovující z důvodu špatně nastaveného těžiště, měl nevyhovující rozměry z důvodu nevhodného nastavení, přibývání na váze nebo zhoršení mobility apod.*

- Napište jedno nebo více slov...

**30) Cítala jste na sobě zhoršení celkové mobility v průběhu prvního/druhého/třetího trimestru?\*** (+o č. 41/52)

*Ve smyslu pohybu na vozíku, přesunů z vozíku na lůžko nebo samostatné mobility na lůžku (přesun na bok apod.).*

- Napište jedno nebo více slov...

**31) Změnila jste způsob přesunů během prvního/druhého/třetího trimestru oproti době před otěhotněním?\*** (+o č. 42/53)

*Vyberte jednu odpověď. Změnou berte například, že jste začala využívat skluznou desku, asistenci druhé osoby nebo závěsný systém apod.*

- Ano
- Ne

**32) Pokud jste odpověděla "ano" v předchozí otázce. Jaký způsob přesunů jste začala využívat? (+o č. 43/54)**

*Vyberte jednu nebo více odpovědí. V případě jiného způsobu, napište do kolonky "jiná", o který se jednalo.*

- Skluzná deska
- Částečná asistence druhé osoby (přítomnost druhé osoby jako jistota, částečná dopomoc)
- Úplná asistence druhé osoby
- Závěsný systém
- Jiná

**Doplňující otázka 56:**

**Prostor pro sdílení Vašich pocitů a poznatků, které byste ráda sdílela ohledně toho jak jste těhotenství prožívala, a jak jste se během tohoto období cítila.**

*Zamyslete se například nad následujícími oblastmi: Oblasti, které pro Vás byly stresující nebo jste se kvůli jejich omezenému vykonávání necítala komfortně. Oblasti, kde jste cítila, že nemáte dostatek informací. Oblasti, kde jste cítila omezení nebo nedostatek podpory. Pocity, které jste během těhotenství prožívala. Jakým způsobem těhotenství zasáhlo do Vašeho života. Jakým způsobem se změnil průběh Vašeho běžného dne. Zda pro Vás bylo těžké se s tímto obdobím vyrovnat. Jakým způsobem jste trávila volný čas. A další otázky, pocity, poznatky, které Vás napadnou nebo Vám přijdou důležité zmínit. Napište jedno nebo více slov...*

## Příloha č. 2 – Leták s QR kódem



### Těhotenství u žen s míšními lézímí z pohledu ergoterapeuta

Dobrý den,  
jmenuji se Kateřina Moravcová a jsem studentka 3. ročníku ergoterapie  
na 1. LF UK a ve spolupráci s Centrem Paraple zpracovávám svojí  
závěrečnou práci zabývající se těhotenstvím u žen s míšními lézímí.

Máte zkušenost s těhotenstvím po  
poranění míchy nebo jste právě nyní  
těhotná?

Budu moc ráda, když si uděláte čas na  
vyplnění dotazníku do výzkumu k  
bakalářské práci.

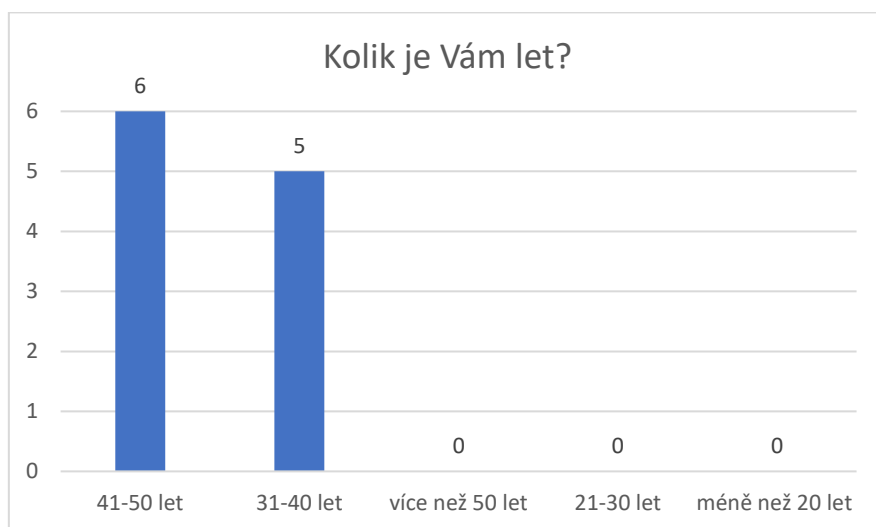
Naskenováním QR kódu se vám dotazník  
zobrazí ve vašem mobilním telefonu.



### Příloha č. 3 – Obecné výsledky získané z dotazníku

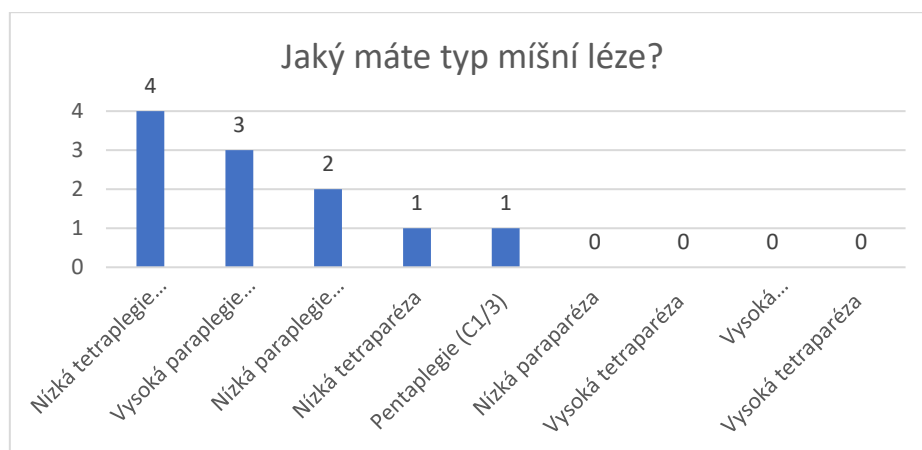
Obecné informace získané z dotazníku

Graf 9.1 *Věk*



*Graf 9.1* popisuje věk respondentek. Z celkového počtu žen bylo 6 (54,5 %) ve věku 41-50 let a 5 (45,5 %) ve věku 31-40 let. Ve zbývajících kategoriích se nenacházela žádná respondentka.

Graf 9.2 *Typ míšňí léze*



*Graf 9.2* uvádí typ míšňí léze respondentek. Nejvíce respondentek mělo nízkou tetraplegii (36,4 %). 27,3 % žen mělo vysokou paraplegii. 18,2 % mělo nízkou paraplegii. Shodně s 9,1 % bylo žen s nízkou tetraparézou a pentaplegií. Do zbylých kategorií nespádala žádná z respondentek.

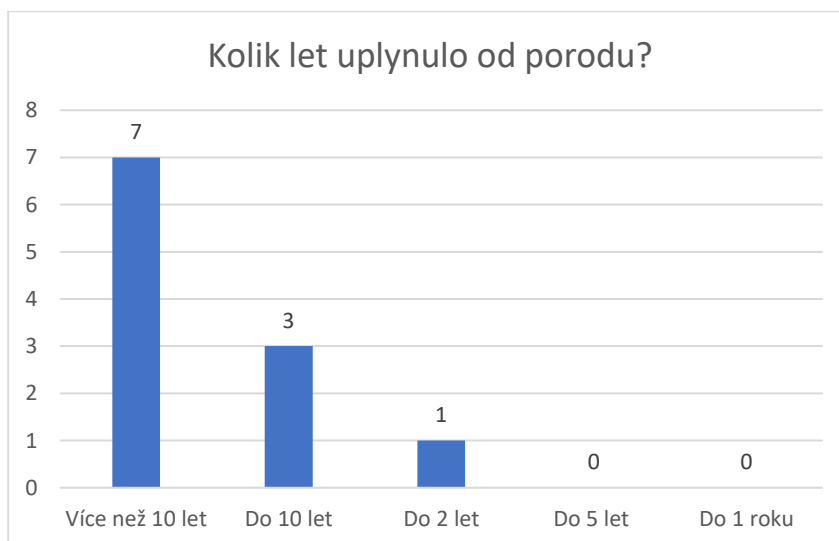


Graf 9.3 Počet těhotenství



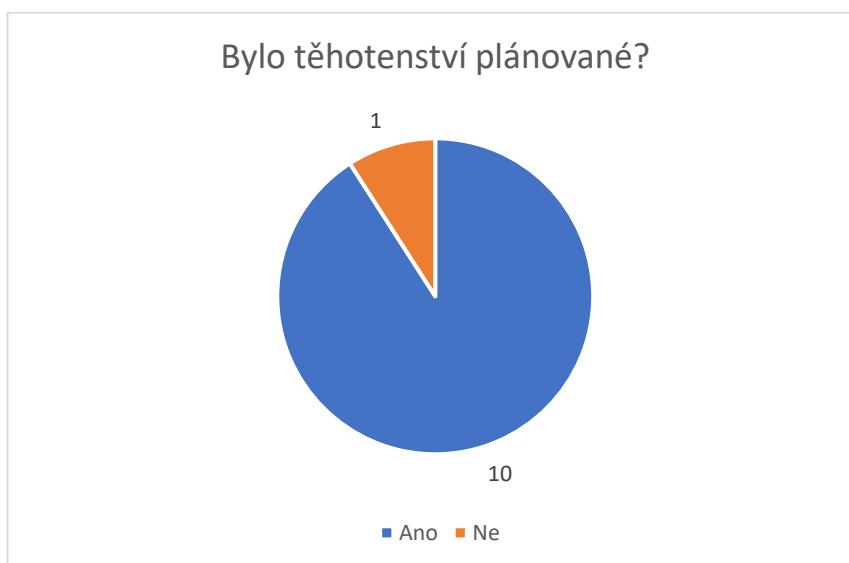
Z celkového počtu 11 respondentek bylo 7 těhotných 2–3x po poranění míchy, což představuje 63,6 %. Zbýlé 4 ženy byly těhotné právě jednou, což je 36,4 %. Dané hodnoty uvádí graf 9.3.

Graf 9.4 Doba od porodu



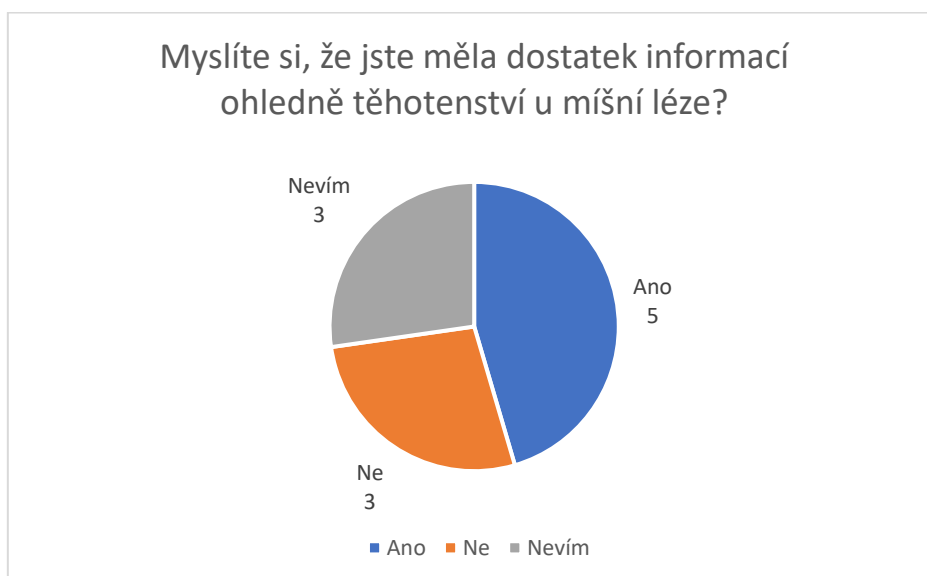
Na grafu 9.4 je zobrazená uplynulá doba od porodu. U 7 respondentek (63,6 %) uběhlo více než 10 let od porodu. U 3 respondentek (27,3 %) uběhlo od porodu do 10 let. Pouze jedna (9,1 %) uvedla, že se jedná o dobu do 2 let.

Graf 9.5 Plánování těhotenství



Ve většině případů (90,9%) bylo těhotenství plánované. Pouze v jednom případě (9,1 %) se jednalo o těhotenství neplánované. Uvedené informace jsou zobrazené na *grafu 9.5*.

Graf 9.6 Informovanost o těhotenství



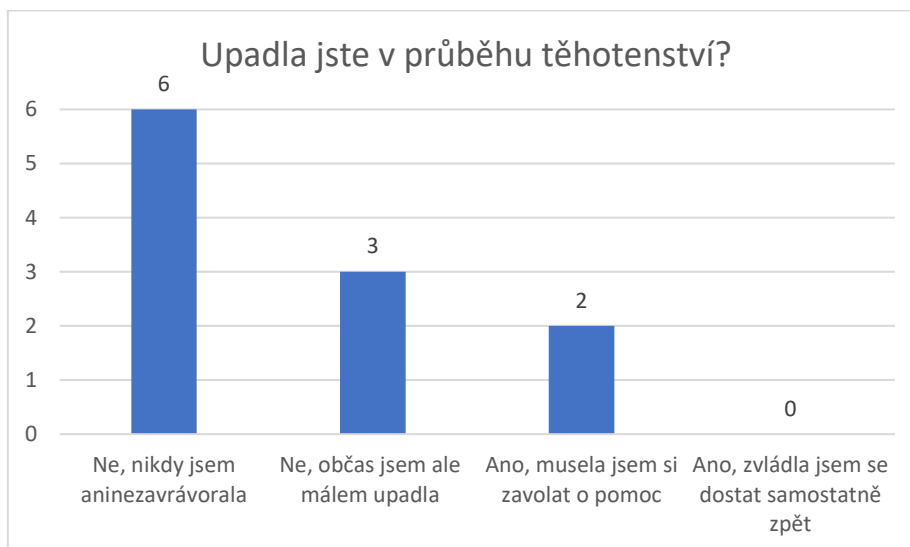
*Graf 9.6* ukazuje, že téměř polovina respondentek (45,5 %) považuje informace, které měly k těhotenství u žen s míšní lézí za dostačující. Ženy, které nebyly spokojené (27,3 %) s poskytnutými informacemi bylo shodné množství jako s těmi, které si nejsou jisté, jestli informace, které měly, považují za vyhovující nebo ne.

Graf 9.7 Podpora rodiny a blízkých



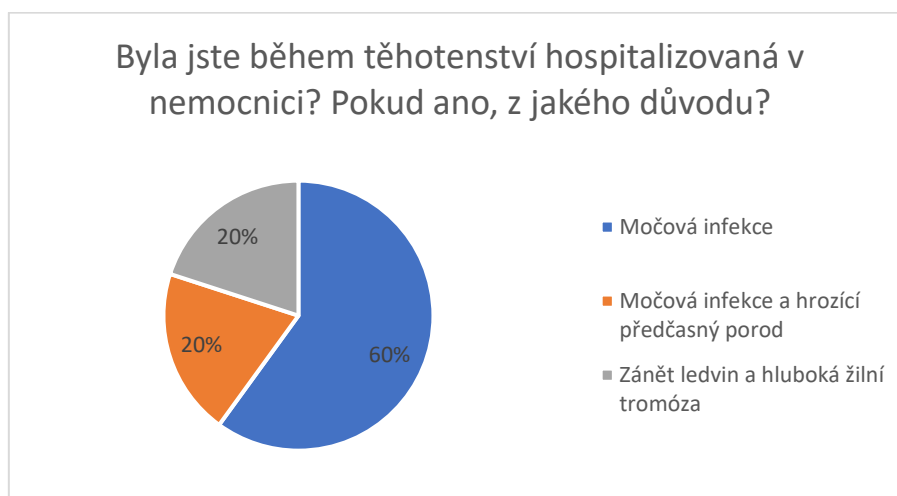
Všechny respondentky uvádějí, že měly podporu ze strany rodiny/blízkých během těhotenství. Data jsou zobrazena na *grafu 9.7*.

Graf 9.8 Pády v těhotenství



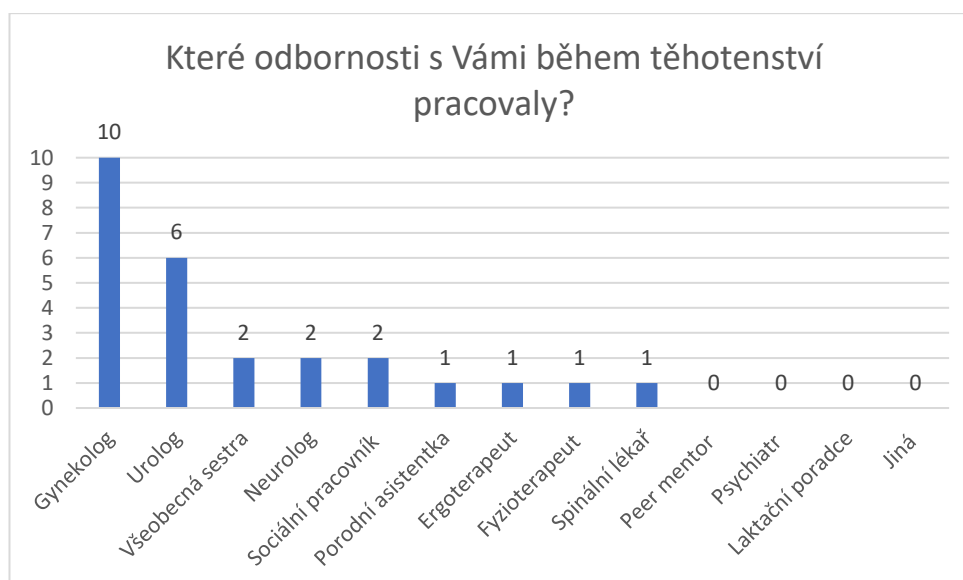
54,5 % respondentek uvádí, že nikdy během těhotenství nepadla a ani nebyla tak blízko, že by k pádu mělo dojít. 27,3 % žen během těhotenství málem upadlo. 18,2 % žen během těhotenství upadla a musela si zavolat o pomoc. Žádná z respondentek se v případě pádu nedostala samostatně zpět. Dané informace jsou zobrazené na *grafu 9.8*.

Graf 9.9 Hospitalizace v nemocnici



Celkem bylo hospitalizováno 5 žen během těhotenství, což je téměř polovina všech dotazovaných (45,5 %). Dle grafu 9.9 nejčastějším důvodem byla močová infekce, kterou měly 4 respondentky (80 %). Pouze jedna žena (20 %) měla k močové infekci přidruženou komplikaci v podobě rizika předčasného porodu. Jedna žena (20 %) byla hospitalizovaná z jiných příčin (zánět ledvin a hluboká žilní trombóza).

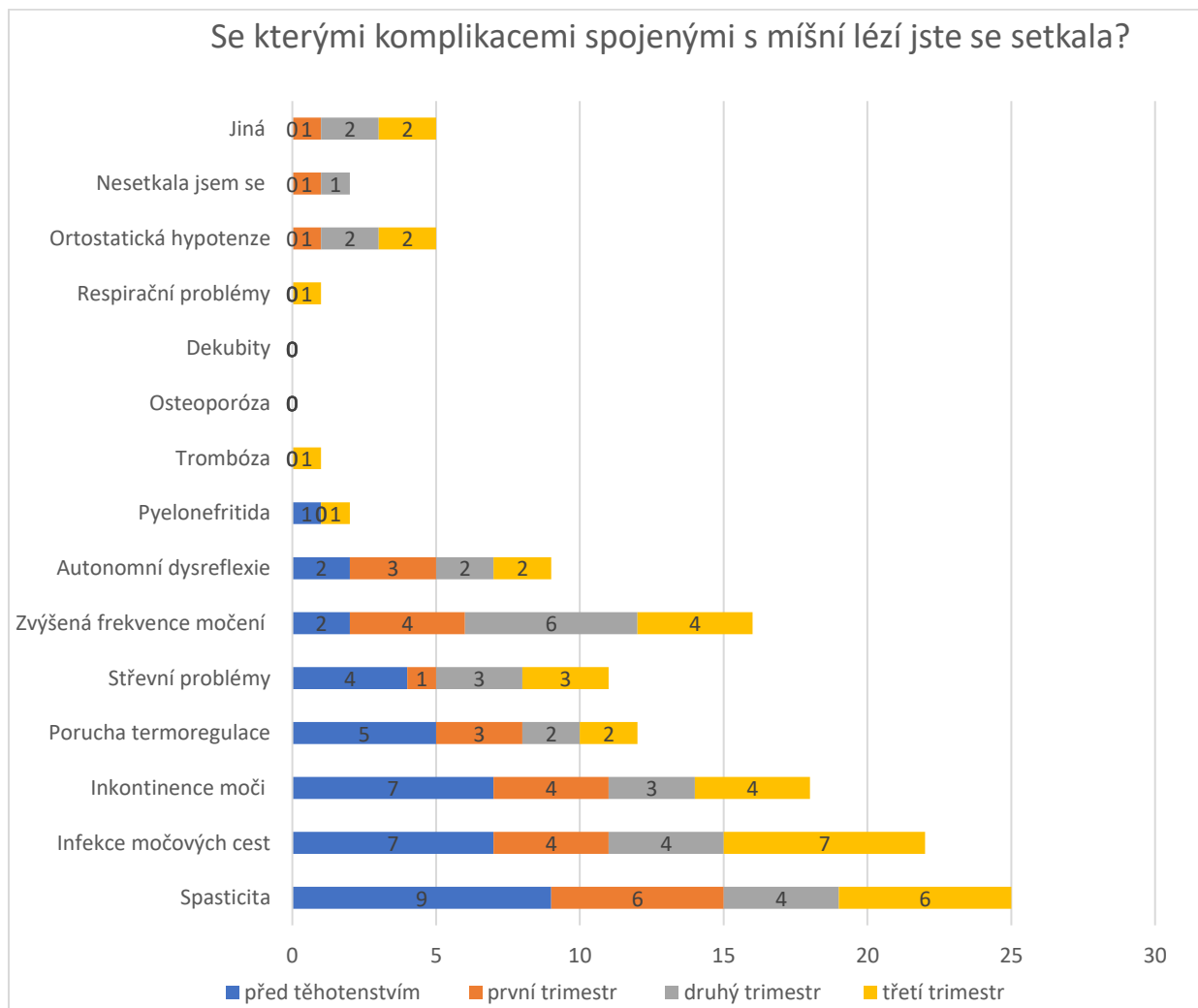
Graf 9.10 Zdravotnická a sociální péče



Na grafu 9.10 jsou zobrazené odbornosti, které během těhotenství s ženami pracovaly. Nejčastěji s respondentkami pracoval gynekolog (90,1 %) a urolog (54,5 %). S 18 % pracovala

všeobecná sestra, neurolog nebo sociální pracovník. S 9,1 % pracovala porodní asistentka, ergoterapeut, fyzioterapeut nebo spinální lékař.

Graf 9.11 *Komplikace míšní léze v čase*



V grafu 9.11 jsou uvedené komplikace, se kterými se respondentky setkaly před otěhotněním a v průběhu těhotenství. Před otěhotněním se nejvíce žen setkalo se spasticitou (81,8 %), infekcemi močových cest (63,6 %) a inkontinencí moči (63,6 %).

V prvním trimestru byly nejčastější komplikace spasticita (54,5 %), infekce močových cest (36,4 %), inkontinence moči (36,4 %) a zvýšená frekvence močení (36,4 %).

Ve druhém trimestru byly nejvíce frekventovanou komplikacemi zvýšená frekvence močení (54,5 %), infekce močových cest (36,4 %) a spasticita. (36,4 %).

Ve třetím trimestru je nejčastější infekce močových cest (63,6 %), spasticita (54,5 %), zvýšená frekvence močení (36,4 %) a inkontinence moči (36,4 %).